



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI NEDENİ İLE
BAŞVURAN GEBELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra TUNÇ

Samsun

ARALIK 2015



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI NEDENİ İLE
BAŞVURAN GEBELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra TUNÇ

Danışman

Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR

Samsun

ARALIK 2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Dr. Esra TUNÇ tarafından Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR danışmanlığında hazırlanan “Acil Servise Karın Ağrısı Nedeni ile Başvuran Gebelerin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından /..... /..... tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Anabilim Dalında UZMANLIK Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

..... / /.....

TEŞEKKÜR

Öncelikle asistanlığım boyunca kendimi geliştirmemde büyük katkıları olan Acil Tıp Anabilim Dalı 'nda görev yapan değerli hocalarıma, tez çalışmamın hazırlanmasında verdiği emeklerinden dolayı değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hızır Ufuk Akdemir 'e ve bu süreçte bana destek olup yol gösteren asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca bugünlere gelmemde en büyük desteği gördüğüm, her türlü fedakarlığı karşılıksız gösteren anneme, babama, ablama, kardeşime ve en sıkıntılı anlarımı gülümsemesiyle dağıtan yeğenim Egehana 'a sonsuz teşekkürler.

Dr.Esra TUNÇ

ÖZET

Amaç: Bu geriye dönük çalışmada, Samsun ili ve çevresinden bir üniversite hastanesi acil servisine karın ağrısı nedeni ile başvuran 200 gebenin demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemi özelliklerini belirleyip, tanı ve tedavi yöntemlerini saptayarak hasta yönetimi ve bu alanda yapılan araştırmalara ve güncel literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında karın ağrısı nedeni ile başvuran gebelerin kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile yapıldı. Çalışmaya dahil edilen gebelere ait bilgilere, hastane otomasyon sistemi aracılığı ile ulaşıldı. Elde edilen veriler çalışma formuna kayıt edildi. Veriler IBM Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) V.23 paket programı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin yaş ortalaması 27.1 ± 5.9 idi. Gebelerin 62 (%31)'sinin acil servise direkt başvurduğu, 138 (%69)'ünün ise sevk edilerek geldiği tespit edildi. En sık saptanan eşlik eden şikayet bulantı ve kusma (n=135, %67.5) idi. En sık saptanan fizik muayene bulgusu karında yaygın hassasiyet (n=42, %21) idi. En sık konulan tanıları sırası ile; nonspesifik karın ağrısı (n=34, %17), İdrar yolu enfeksiyonu (n=29, %14.6) ve renal ektazi (n=22, %11.1) idi. İdrar yolu enfeksiyonu (%41.4) ve renal ektazi (%59.1) tanılarının en sık üçüncü trimesterde konulduğu tespit edildi. Çalışma grubumuzdaki tüm gebelere ultrasonografi yapıldığı, hiçbir gebeye direkt grafi ya da bilgisayarlı tomografi çekilmediği belirlenirken, 10 (%5) gebeye ise manyetik rezonans görüntüleme yapıldığı tespit edildi. En sık saptanan ultrasonografik patoloji renal ektazi (n=34, %17) idi.

Sonuç: Çalışmamız karın ağrılı gebelerin acil servis başvuruları içindeki sıklığı, kliniği, tanı ve tedavisi ile ilgili verileri ortaya koymaktadır. Gebelerde en sık saptanan cerrahi patoloji akut apandisit olup akut apandisit tanısının en sık ikinci trimesterde konulduğu belirlendi. Ultrasonografi ile akut apandisit tanısı konulan gebelerin tamamına acil cerrahi operasyon uygulandığı, acil cerrahi operasyon uygulanan gebelerin ise %90'ının başka bir sağlık kuruluşundan sevk sonucu acil servise başvurduğu belirlendi. Acil servise karın ağrısı nedeni ile başvuran gebelerin erken tanı ve tedavisi hem fetüs hem de anne hayatı için son derece önemlidir. Tanı için yapılacak olan işlem ve girişimler fetal irritasyon ve strese neden olabileceğinden tetkikler dikkatle gözden geçirilerek planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karın ağrısı, Akut karın, Gebe, Tanı, Tedavi, Acil Servis

SUMMARY

Aim: In this retrospective study we have aimed to specify the clinical, laboratory and imaging aspects of 200 pregnant women from the city Samsun and its districts referred to the emergency care of a university hospital with stomach ache, to determine methods of diagnosis and treatment and to contribute to patient management and to the studies and current literature in this field.

Equipment and Method: This study was carried out by retrospectively examining the records of the pregnant women referred to the Ondokuz Mayıs University Medical School Emergency Care between 1 January 2012 and 31 December 2014 with stomach ache. The information on the pregnant women included in the study was obtained through the hospital automation system. The data obtained was recorded in the study form. The data was analyzed with the IBM Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) V.23 package program.

Findings: The average age of the pregnant women in our study group was 27.1 ± 5.9 . It was determined that 62 (%31) of the pregnant women applied to the emergency care directly, 138 (%69) were referred there. The most frequently accompanying complaint was nausea and throwing up ($n=135$, %67.5). The most frequently specified physical examination finding was prominent sensitivity in the stomach ($n=42$, %21). The most frequent diagnoses were, respectively; non-specific stomach ache ($n=34$, %17), urinary tract infection ($n=29$, %14.6) and renal ectasia ($n=22$, %11.1). It was specified that diagnoses of urinary tract infection (%41.4) and renal ectasia (%59.1) were made most frequently in the third trimester. While it was specified that all the pregnant cases in our study group had had ultrasonography and none had direct graphy or computerized tomography, 10 (%5) pregnant cases had had magnetic resonance imaging. The most frequently specified ultrasonographic pathology was renal ectasia ($n=34$, %17).

Result: Our study puts forward the data on the frequency, clinic, diagnosis and treatment of the pregnant cases with stomach ache in emergency care referrals. The most frequently determined surgical pathology at the cases was acute appendicitis and it was specified that diagnosis of acute appendicitis was made most frequently in the second trimester. It was specified that all pregnant cases with diagnosis of acute appendicitis through ultrasonography underwent urgent surgical operation, and that 90% of the pregnant cases that underwent urgent surgical operation were referred to the emergency care from another health institution. Early diagnosis and treatment of pregnant cases referring to the emergency care with stomach ache is very important both for the fetus and also for the mother. As the

procedures for diagnosis can cause fetal irritation and stress, examinations should be planned and reviewed very carefully.

Key Words: Pregnant, Stomach ache, Acute abdomen, Diagnosis, Treatment, Emergency Care

KISALTMALAR

AK:	Akut karın
GÖR:	Gastroözofageal reflü
GİS:	Gastrointestinal Sistem
KCFT:	Karaciğer Fonksiyon Testleri
ALT:	Alanin aminotransferaz
AST:	Aspartat aminotransferaz
LDH:	Laktat dehidrogenaz
BUN:	Blood Ure Nitrojen
KRE:	Kreatinin
D. Bil:	Direkt Bilirubin
T. Bil:	Total Bilirubin
TİT:	Tam idrar tetkiki
mEq/L:	Miliekivalan / litre
mg/dl:	miligram / desilitre
g/dl:	Gram / Desilitre
INR:	International Normalized Ratio
PT:	Protrombin Zamanı
PTT:	Parsiyel Tromboplastin Zamanı
İV:	İntravenöz
HD:	Hemodiyaliz
USG:	Ultrasonografi
MRG:	Manyetik rezonans görüntüleme
BT:	Bilgisayarlı tomografi
EKG:	Elektrokardiografi
SPSS:	Statistical Package For The Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Akut Karın Ağrısının Sık Görülen Etyolojik Nedenleri (3)	3
Tablo 2. Gebelikte akut karın nedenleri	15
Tablo 3. Gebelere ait karakteristik özellikler	36
Tablo 4. Gebelere ait obstetrik özellikler	36
Tablo 5. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	37
Tablo 6. Gebelerin ağrı lokalizasyonları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	38
Tablo 7. Fizik muayene bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	38
Tablo 8. Acil serviste konulan tanı ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	40
Tablo 9. USG bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişkisi	41
Tablo 10. Acil serviste istenilen konsültasyonlar ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	42
Tablo 11. Klinik sonuç ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	43
Tablo 12. Yatış yapılan servisler ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki	43
Tablo 13. Klinik sonuç ile başvuru şekli arasındaki ilişki	44
Tablo 14. Başvuru şekli ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişki	45
Tablo 15. Gestasyonel yaş ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişki	46

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Karın Ağrısı	3
2.1.1. Karın Ağrısının Oluşumu	4
2.1.2. Karın Ağrısının Değerlendirilmesi	5
2.2. Gebelikte Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler	9
2.2.1. Gastrointestinal Sistem	9
2.2.2. Üriner sistem	12
2.3. Gebelik Döneminde Non-obstetrik Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı	12
2.3.1. Akut apandisit	13
2.3.2. Akut kolesistit	16
2.3.3. Akut pankreatit	17
2.3.4. Peptik Ülser Hastalığı	18
2.3.5. İntestinal Obstrüksiyon	19
2.3.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları	20
2.3.7. Hepatik Rüptür	21
2.3.8. Rüptüre Splenik Arter Anevrizması	21
2.3.9. Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi	22
2.3.10. Maternal Travma	22
2.4. Gebelik Döneminde Üriner Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı	23

2.4.1. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	23
2.4.2. Üriner Sistem Taş Hastalığı.....	25
2.4.3. Renal Ektazi.....	26
2.5. Gebelik Döneminde Obstetrik Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı.....	27
2.5.1. Spontan Düşükler.....	27
2.5.2. Ektopik Gebelik.....	28
2.5.3. Preterm Doğum (Eylem).....	28
2.5.4. Plasental Ablasyon.....	29
2.5.5. Gebeliğin akut yağlı karaciğeri.....	29
2.5.6. HELLP Sendromu.....	30
2.5.7. Preeklampsi.....	31
2.5.8. Adneksiyal Torsiyon.....	31
2.5.9. Uterus Perforasyonu.....	32
2.5.10. Pelvik İnflamatuvar Hastalık.....	32
3.1. Araştırmanın Verisi ve Düzenlenmesi (İstatistiksel Analiz).....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	47

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Hastaların acil servise başvurmasına neden olan en sık görülen yakınmalardan biri olan karın ağrısı, gastrointestinal sistem hastalıklarında en sık görülen semptomdur. Karın ağrısının en sık görülen nedenleri sırayla gastrointestinal sistem hastalıklar (%60), ürolojik (%15) ve jinekolojik (%7) hastalıklardır (1).

Akut karın (AK), karın içi organlardan herhangi birinde aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilecek düzeyde ciddi sonuçlara neden olan nontravmatik patolojilerin genel adıdır. AK ağrısı ile acil servise başvuran hastaların büyük bir kısmında ağrı AK ile ilgili olmayıp gastroenterit, menstrüasyon veya irritabl barsak hastalığı gibi nedenlere bağlıdır. En sık görülen AK sebepleri akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit, intestinal obstrüksiyon, akut pankreatit ve peptik ülser perforasyonudur (1,2). AK' da erken teşhis ve tedavi hayatı önem taşır. Bu yüzden dikkatli bir anamnez ve fizik muayene tanıya oldukça yardımcıdır.

Gebelikte AK insidansı 500-635 olguda 1 olarak bildirilmiştir (25,26,27). Gebelikte AK nedenlerini obstetrik ve nonobstetrik olarak ikiye ayırabiliriz (25,26). Obstetrik AK nedenleri; ektopik gebelik, spontan abortus, preterm doğum, uterin rüptür, adneksiyal torsiyon, gebeliğin akut yağlı karaciğeri ve HELLP sendromudur. Nonobstetrik AK nedenleri arasında akut apandisit, intestinal obstrüksiyon, akut kolesistit, kolelitiazis, inflamatuvar barsak hastalığı, peptik ülser, akut pankreatit, hepatik rüptür, renal hastalıklar ve travmalar sayılabilir. Gebelerde en sık görülen nonobstetrik etyolojinin akut apandisit olduğu bilinmektedir. AK nedeni ile cerrahi yapılan gebe olguların %25-30' unu akut apandisit tanısı alan gebeler oluşturmaktadır (25,26,27). Nonobstetrik nedenlere bağlı karın cerrahisi sıklığının her 451-635 doğumda 1 olduğu bildirilmektedir (28).

Gebelikte oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklere bağlı olarak tanıyı belirlemek ve tedaviye karar vermek zorlaşabilir. Gebelerde bulantı, kusma ve karın ağrısına daha sık rastlanması, büyüyen uterusu bağlı olarak karın içi organların yer değiştirmesi ve buna bağlı olarak da fizik muayenenin güç olması ve gebelere gereksiz ameliyattan kaçınma isteği, gebelerde AK tanısı konulurken ortaya çıkan zorlukların başlıca sebepleri arasında yer alır (29). Gebelikte AK tanısı ve tedavisi hem fetus hem de anne hayatı için önem taşır. Erken tanı ve tedavinin uygulanması oldukça önemlidir. Tanı amaçlı yapılacak işlem ve girişimler fetal irritasyon ve stres yapabileceğinden tetkikler dikkatle gözden geçirilerek planlanmalıdır.

Günümüzde halen acil servis klinik pratiğinde, gebelikte AK halen tanısı zor olan bir durum olarak acil servis hekiminin karşısına çıkmaktadır. Ayrıca tanı ve tedavi kaynaklı gecikmelerin, anne ve fetus morbidite ve mortalitesini artırdığı da bilinmektedir (25,26,27). Bu çalışmanın amacı; karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran gebelerin demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemi özelliklerini belirlemek, tanı ve tedavi yöntemlerini saptamak, elde edilen verileri güncel literatür ile karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karın Ağrısı

Acil servise sık başvuru nedenlerinden biri olan karın ağrısı; gastrointestinal sistem hastalıklarında en sık görülen semptomdur. Karın ağrısının en sık görülen nedenleri sırasıyla gastrointestinal sistem hastalıkları (%60), ürolojik (%15) ve jinekolojik (%7) hastalıklardır (1).

Akut karın (AK), karın içi organlardan herhangi birinde aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilecek düzeyde ciddi sonuçlara neden olan nontravmatik patolojilerin genel adıdır. Akut karın ağrısı ile acil servislere başvuran hastaların büyük bir kısmında ağrı akut karın ile ilgili olmayıp gastroenterit, menstrüasyon veya irritabl barsak hastalığı gibi nedenlere bağlıdır. En sık görülen AK sebepleri akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit, intestinal obstrüksiyon, akut pankreatit ve peptik ülser perforasyonudur (2).

AK' a yaklaşımda erken teşhis ve tedavi hayati önem taşır. Bu yüzden dikkatli bir anamnez ve fizik muayene tanıya oldukça yardımcıdır. Ağrının başlangıç şekli (ani, hızlı veya kademeli artış), ağrının yeri, ağrı şiddetini artıran azaltan faktörler ve ağrıya eşlik eden diğer semptomlar (bulantı, kusma, sarılık, ateş, iştahsızlık, hematemez, melena, hemotokezya, kaşıntı) araştırılmalı, gecirilmiş ameliyat ve hastalıklar, kullanılmakta olan ilaçlar ve aile öyküsü sorgulanmalıdır (1,2).

Tablo 1. Akut Karın Ağrısının Sık Görülen Etyolojik Nedenleri (3)

Tanı	%
Nonspesifik Karın Ağrısı	34
Apandisit	28
Safra Yolu Hastalığı	10
İnce barsak Obstrüksiyonu	4
Akut Jinekolojik Rahatsızlık	4
Salpenjit	68
Over Kisti	21
Ektopik Gebelik	6
İnkomplet Abortus	5
Pankreatit	3
Renal Kolik	3
Perfore Peptik Ülser	3
Kanser	2
Divertiküler Hastalık	2
Diğer	6

2.1.1. Karın Ağrısının Oluşumu

Tip A ve Tip C lifleri beyne ağrı iletiminden sorumlu başlıca afferent liflerdir. Tip A delta lifler parietal peritonda bulunur ve talamusta sonlanır. Bu nedenle beyin ağrının lokalizasyonunu daha kesin algılayabilir. Abdominal visseral organlar beyin sapında sonlanan Tip C lifler tarafından innerve edilirler. Bu lifler talamusa erişmeden sonlandığından, santral sinir sisteminde ağrının lokalizasyonunun algılanması çok daha güçtür. Bu liflerle iletilen ağrı daha yavaş, daha derin ve hasta tarafından şiddeti ve yeri tam tarif edilemeyen bir ağrıdır (4). Karın ağrısı visseral, parietal ve yansıyan ağrı olmak üzere üç ana başlık altında incelenir:

2.1.1.1. Visseral Ağrı

Gerilim tipi ağrı: Peristaltik kontraksiyonlara bağlı oluşan bu ağrı, kolik ağrı olarak da bilinir. Fizik muayenede genellikle belirsiz, lokalizasyonu tam anlaşılamayan derin bir ağrıdır. Gastroenterit, akut pankreatit ve konstipasyon ağrıları bu gruba girer. Hasta rahat bir pozisyon bulmak için sürekli hareket eder (4).

İnflamatuvar ağrı: İnflamatuvar ağrı visseral peritondaki inflamasyondan kaynaklanmaktadır. Ağrı derin ve lokalizasyonu belirsizdir. Akut apandisit başlangıç döneminde hasta, ağrıyı visseral periton etkilendiği için periumblikal tarif eder. Akut apandisitte erken dönemde görülen ağrı, bu ağrı tipine en güzel örnektir. İnflamatuvar ağrılı hasta mümkün olduğunca hareketsiz yatar (4).

İskemik ağrı: İskemik ağrı ani başlangıçlı, sürekli ve progresif bir seyir izler. Diğer ağrı tiplerine göre daha az görülmekle birlikte daha ciddi bir seyir izler. Analjezik uygulamasına belirgin bir cevap vermez (4).

2.1.1.2. Parietal Ağrı

Karın ön duvarını kapsayan miyelinli liflerin parietal peritonu innerve etmesi sonucu parietal ağrı ortaya çıkar. Parietal afferent sinyaller peritonun belli bir bölgesinden gönderildiği için, parietal ağrı visseral ağrıdan farklı olarak ağrılı uyarının olduğu bölgenin yüzeyindeki dermatoma iyi lokalize edilir. Altta yatan klinik durum ilerledikçe, visseral ağrı semptomları parietal ağrı bulgularına dönüşür. Hastanın fizik muayenesinde hassasiyet ve defans saptanır. Tip A delta liflerle iletilir (5).

2.1.1.3. Yansıyan Ağrı

Hastalıktan etkilenen karın içi organın bulunduğu bölgeden farklı bir bölgede ağrı hissedilmesi yansıyan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Yansıyan ağrı deride veya dokuların daha derin kısımlarında hissedilebilir. Bu ağrı tipi iyi lokalize edilebilme özelliğine sahiptir. Yansıyan ağrı hissedildiği dermatomu inerve eden somatik afferent sinir liflerinin, etkilenmiş olan karın içi organı innerve eden visseral afferent liflerle aynı seviyede medulla spinalise ulaşması sonucu oluşur. Safra kesesi patolojilerinde ağrının T5-T9 arasındaki spinal bölgenin uyarılmasına bağlı olarak sağ omuz, sırt ve sağ kolda hissedilmesi örnek olarak verilebilir (5).

2.1.2. Karın Ağrısının Değerlendirilmesi

2.1.2.1. Ağrının Yeri

Karın ağrısının değerlendirilmesinde ağrının yeri, klinik görüşün belirlenmesi açısından oldukça önemli bir özelliktir. Örneğin mide ve duodenumdan kaynaklanan ağrılar ksifoid ile göbek arasında, genellikle orta hatta bazen de biraz daha sağda hissedilir. Daha yukarıda hissedilen bulbus ülseri ağrısı sırta ve iki kürek kemiği arasına yansıyabilir. Treitz ligamanından terminal ileuma kadar olan ince barsaklardan kaynaklanan ağrı göbekte ve/veya göbek çevresinde duyulur. Terminal ileumdaki lezyonlardan kaynaklanan ağrı ise göbek çevresi ile birlikte sağ alt kadranda hissedilebilir. Çekum kaynaklı ağrılar da benzer özellik gösterir. Sağ kolon ağrıları sağ kolik bölgede, sol kolon ağrıları ise sol kolik bölgede hissedilir (6). Appendiks kaynaklı ağrı inflamasyonun erken dönemlerinde göbek çevresinde hissedilirken parietal periton inflamasyonunun başlaması ile sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. Safra kesesi ve safra yollarına ait ağrılar sağ hipokondrium ve/veya epigastriumda hissedilir, omuza, sırta veya sağ skapula altına yayılım gösterebilir. Pankreas kökenli ağrılar epigastrium veya göbek çevresinde hissedilir ve kuşak tarzında yayılım göstererek sırta vurabilir. Mesaneden kaynaklanan ağrılar pubik bölgede, üreterlerden orjin alan ağrılar göbek çevresinin lateralinde ve böbreklerden kaynaklanan ağrılar ise arkada kostovertebral açı ve çevresinde hissedilir (1,6).

2.1.2.2. Ağrının Şiddeti ve Karakteri

Ağrının şiddeti ve karakterinin sorgulanması da tanıya yardımcı olur. Ancak ağrının şiddeti ile altta yatan hastalığın şiddeti arasında her zaman doğru bir ilişki yoktur. Ayrıca ağrı

eşği ve ağrıya karşı gösterilen reaksiyon da kişiden kişiye farklılık gösterir (7). Ülser perforasyonu, akut kolesistit, biliyer kolik, akut pankreatit, intestinal obstrüksiyon ve peritonit varlığında karında hissedilen ağrı hemen daima şiddetlidir. Mide-duodenum ülseri ağrısı genellikle künt veya yanma, kazınma şeklinde bir ağrı olarak tarif edilirken intestinal obstrüksiyon varlığında tekrarlayan kolik veya kramp tarzında bir ağrı söz konusudur. Ülser perforasyonunda ağrı bıçak saplanır tarzda ani başlar ve birkaç saat içinde tüm karına yayılır. Apandisitte ağrı; göbek çevresinde künt bir ağrı veya rahatsızlık hissi şeklinde başlar ilerleyen saatlerde sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. Pankreatitte bağlı ağrı genellikle birkaç saat içinde en şiddetli hale gelir ve genellikle devamlı karakterdedir. Aniden ortaya çıkan şiddetli karın ağrısı varlığında ülser perforasyonu, abdominal organ infarktüsü, batın içi apse, aort diseksiyonu, özefagus rüptürü veya ektopik gebelik rüptürü düşünülmelidir (2,7).

2.1.2.3. Ağrıya Eşlik Eden Semptomlar

Karın ağrısı ile birlikte bulantı, kusma, iştahsızlık, üşüme, titreme, sarılık, ishal ve kabızlık gibi semptomlar görülebilir. Ağrı ile birlikte ishal, kabızlık veya rektal kanama bulunması barsaklara ait bir hastalığı düşündürürken, sarılık bulunması safra yolları veya karaciğere ait bir hastalığa yönlendirir. Bulantı ve kusma ile birlikte gaz- gayta çıkaramama barsak obstrüksiyonlarında görülür (7). Yağlı ishal varlığı malabsorpsiyon veya kronik pankreatitin bulgusu olabilir. Karın ağrısı ile birlikte kusmanın belirgin olması kolesistit, kolanjit, pilor ülseri, pankreatit, apendisit, ileus veya renal koliği akla getirmelidir. Üşüme ve titremenin eşlik etmesi bir karın içi enfeksiyonun belirtisi olabilir. Kolanjit varlığında üşüme ve titreme (ateş) ile birlikte epigastrium ve/veya sağ hipokondriumda hissedilen ağrı ve ikter tipik olup Charcot triadı olarak isimlendirilir (7,8).

2.1.2.4. Hastanın Tıbbi Özgeçmişi

Hekim tarafından dikkatli bir şekilde alınan tıbbi hikâye karın ağrısının nedenlerinin ortaya çıkarılmasında oldukça önemlidir. Geçirilmiş karın cerrahisi öyküsü olan hastalarda, şiddetli karın ağrısı durumunda brid ileus olasılığı düşünülmelidir. Akut miyokard infarktüsü, pnömoni ve pulmoner emboli gibi bazı hastalıklar karın ağrısını taklit edebilir. Atrial fibrilasyon, tıkaçıcı arter hastalığı veya vaskülit öyküsü olan bir hastada karın ağrısı olması halinde ayırıcı tanıda mezenter iskemi düşünülmelidir. Özgeçmişte veya soygeçmişte tekrarlayan karın ağrısı öyküsü olan genç hastalarda tanıda ailevi akdeniz ateşi (FMF) ve orak

hücreli anemi düşünölmelidir. Diyabetik ketoasidoz, akut adrenal yetmezlik, porfiri ve vaskülitler karın ağrısına sebep olabilecek diğör metabolik ve sistemik hastalıklardır (8).

2.1.2.5. Fizik Muayene

Akut karın tablosu ile acil servise başvuran hastalara dikkatli ve eksiksiz bir fizik muayene yapılmalıdır. İnspeksiyon esnasında, akut karın ile acil servise başvuran hastaların ağrı nedeniyle aldıkları çeşitli pozisyonlar ağrı tipi hakkında fikir verebilir. Stabil ağrılı durumlarda hasta hareketsiz yatarken, kolik tarzda ağrısı olanlarda devamlı pozisyon değışikliği ve hareketlilik dikkat çeker. Üriner sistem taş hastalığı olan hastalar ağrılı dönemlerinde yerlerinde duramazlarken, perforasyon veya peritoniti olan hastalar yatar pozisyonda iken bacaklarını karınlarına doğru çekerek psoas kasını fleksiyona getirirler ve karınlarını yumuşatmaya, bu şekilde ağrılarını azaltmaya çalışırlar (9).

Acil servise karın ağrısı nedeni ile başvuran hastaların tüm vücut muayenesi yapılmalıdır. Baş boyun bölgesinden başlanmalı, ağız içi lezyon, skleralar, servikal lenfadenopati, jugular venöz distansiyon varlığı değılendirilmeli, akciğörler ve göğüs kafesi kapsamlı bir şekilde muayene edilmelidir. Lomber bölgedeki (Grey-Turner belirtisi) ve göbek çevresindeki (Cullen belirtisi) mavi yeşil renk değışiklikleri hemorajik pankreatitin belirtisidir. Karın muayenesi mutlaka rektal muayene ile tamamlanmalıdır. Erişkin kadınlarda pelvik muayene çok önemlidir. Vajinal akıntı, rengi, direkt mikroskopi ve kültürü değıerli ipuçları verebilir. Erkeklerde testis, torsiyon veya inflamasyon yönünden değılendirilmelidir (9,10).

Palpasyonda hasta sırt üstü yatırılır; uyluğa fleksiyon yaptırılarak karın ön duvarının gevşemesi sağlanır. Karın; hassasiyet, defans, rebound ve rijidite yönünden değılendirilir. Bazı durumlarda karın duvarı tüm esnekliğini kaybetmiştir. Bu durum hastanın istemine bağılı olmayıp karın adeta tahta gibidir. Buna rijidite ismi verilir. Perküsyon karın içinde matite ve sonorite varlığını tespit için kullanılan bir yöntemdir. Oskültasyonda ise bağırsak sesleri değılendirilir. Kolik ağrı ile eş zamanlı duyulan barsak sesleri ince barsak tıkanması ve/veya akut pankreatit olasılığını düşündürür. Sessiz bir karın geç dönemdeki barsak tıkanıklığı ve/veya diffüz peritonite işaret eder (11).

2.1.2.6. Laboratuvar İncelemeleri

Laboratuvar testleri, öykü ve fizik muayene eşliğinde akut karın tanısında her zaman yol göstericidir. En sık kullanılan testler; tam kan sayımı, kan grubu, serum elektrolitleri, kan gazları, glukoz, kanama ve pıhtılaşma zamanı, karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), kreatinin, idrar analizi, gaitada gizli kan, pankreas enzimleri olarak sayılabilir. Beyaz küre sayısında bir artış veya belirgin lökositoz, periferik yaymada sola kayma varsa ciddi bir enfeksiyonun varlığı düşünülür. Düşük beyaz küre sayısı ise mezenter lenfadenit veya gastroenterite neden olan viral bir enfeksiyonu akla getirmelidir. Doğurganlık çağındaki her hastadan gebelik testi (β -hCG) istenmelidir. Üreteral kolik ve/veya üriner sistem enfeksiyonları açısından hastaya tam idrar tetkiki (TIT) mutlaka yapılmalıdır. Gastrointestinal sistem(GIS) kanaması akut karında sık görülen bir durum olmamakla beraber dışkıda gizli kan testi çok yararlı olabilmektedir. Akut koroner bir olayı tespit etmek veya dışlamak için, elektrokardiografi (EKG) ve kardiyak enzimler ve troponin mutlaka istenmelidir (12).

2.1.2.7. Görüntüleme Yöntemleri

Karın ağrılı hastalarda ilk tercih edilen görüntüleme yöntemi direk karın grafisi (DKG)'dir. Hızlı ve ucuz bir tetkik olmakla birlikte, sensitivite ve spesifitesi göreceli olarak daha yüksek olan ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanıma girmesiyle, DKG'nin değeri tartışmalı hale gelmiştir. Perforasyon, obstüksiyon veya yabancı cisim yutma durumlarında DKG ilk istenecek görüntüleme yöntemidir. Direk grafiler ayakta ve/veya yatar pozisyonda karın grafisi ve ayakta akciğer grafisi şeklinde istenebilir. Batın içi serbest havanın belirlenebilmesi ve bu havanın diyafragma altına yerleşebilmesi için hasta 5-10 dakika dik olarak oturmalı, takiben her iki diyafragma altı görülecek şekilde posteranterior (PA) akciğer grafisi çekilmelidir. Gastrointestinal sistem obstrüksiyonlarında DKG %50-60 hastada tanısız değere sahip iken, %10- 20 hastada yanıltıcı sonuç verebilir (13).

USG radyasyon içermemesi ve hemen her yerde yapılabilmesi bakımından kullanılabilir bir noninvaziv görüntüleme yöntemidir. Hepatobiliyer sistem, pankreas, üriner sistem ve pelvik patolojilerin araştırılmasında oldukça kullanışlı bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle safra kesesi ve/veya kanalı hastalığı şüphesi olanlar için (sağ üst kadranda ağrısı) ve jinekolojik nedenli karın ağrısı düşünülen hastalar için ilk istenecek görüntüleme yöntemi olmalıdır (14).

BT, günümüzde akut karın ağrısının tanısında en tercih edilen görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Özellikle akut apandisit, divertikülit, intestinal iskemi, pankreatit, intestinal

obstrüksiyon ve organ perforasyonlarında önemli bulgular verir. Örneğin, akut apandisit tanısında BT'nin sensitivite ve spesifitesi sırasıyla % 98 ve % 97'dir. Ayrıca BT'nin hemen hemen tüm akut karın ağrısı nedenleri için daha sensitif ve spesifik olduğu kanıtlanmıştır (15).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) akut karın ağrısında yüksek oranda tanısal doğruluğa sahiptir. Maliyetinin yüksek olması, hemen erişimin mümkün olmaması, tetkik süresinin BT'ye oranla daha uzun olması ve stabil olmayan hastalarda tercih edilmemesi gibi nedenlerden dolayı MRG'nin acil servislerde kullanımı kısıtlanmaktadır (15).

2.2. Gebelikte Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Kadında, fertilizasyondan başlayarak gebelik sonuna kadar bazı fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler meydana gelir. Gebelikte oluşabilecek bazı durumların tanı ve tedavisinin doğru ve hızlı yapılabilmesi için bu değişikliklerin bilinmesi gerekmektedir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler bazen hastalıklara benzer bir tablo oluşturabilirken bazen de subklinik seyreden hastalıkların klinik olarak ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Gebe bir kadında meydana gelen fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler takip eden bölümde açıklanmıştır.

2.2.1. Gastrointestinal Sistem

İlerleyen gebelik haftalarında hacmi büyüyen uterusu bağı olarak mide yukarı itilir, kalın ve ince bağırsaklar rostralateral bölgeye doğru uzanır. Tarihsel olarak, appendiksin sağ superiora doğru yer değiştirdiğine inanılır. Son yayınlar, gebelik ile ilgili değişiklikler hakkındaki yaygın varsayımlar şüphe ile yaklaşılmasına yol açmıştır. Ancak net olarak bilinen, organların kendi normal pozisyonlarına erken puerperiumda dönmeleridir (16).

2.2.1.1. Özofagus ve Mide

Gebelikte büyüyen uterusun etkisi sonucu mide ve özofagusun intraabdominal parçası diyafragmanın soluna doğru yer değiştirir. Bu anatomik değişiklik ile birlikte artan progesteron ve östrojen özofagus alt sfinkter basıncında azalmaya neden olur. Progesteronun ve gebelikte azalan motilin hormonlarının etkisi ile tüm gastrointestinal sistemde sfinkter basınçları azalır. Bunun sonucunda düz kaslarda gevşeme ve motilitede azalma görülür. İntestinal geçiş zamanı uzar ve özofageal peristaltizm azalır. Sonuç olarak çoğu gebede kabızlık görülür (17,18,19).

Gebelik süresince gastroözafageal reflü (GÖR), mide yanması ve özofajit sık görülen semptomlar arasındadır. Büyüyen uterusun etkisi ile intragastrik basınç artar. Rezidüel gastrik volüm normal şartlarda olduğu gibi 25 mL civarındadır. Gastrik boşalma zamanında değişiklik olup olmadığı tartışmalı bir konudur (17,18,19). Gebelik sırasında gastrik boşalmanın yavaşlaması rezidüel gastrik volüm artışına neden olur. Bunun sonucunda da gebede bulantı, kusma ve GÖR görülür (16). Bazı kaynaklarda ise mide boşalma süresinin değişmediği belirtilmektedir (17,18,19).

2.2.1.2. Bağırsaklar

Birinci trimester ve postpartum dönemde, intestinal geçiş zamanı benzer ve normal olmasına rağmen, bu geçiş zamanı ikinci ve üçüncü trimesterde azalır. İntestinal geçiş zamanının postpartum 2-4. günlerde normale döndüğü bilinmektedir. Gebelik süresince, gastrointestinal sistem motilitesinin azalmasına dolaşımda artmış progesteron konsantrasyonunun neden olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber yapılan çalışmalar, yükselmiş östrojen konsantrasyonunun gastrointestinal motiliteyi düzenleyen non-adrenerjik, non-kolinerjik nöronlardan nitrik oksit salınımını artırarak kritik bir etki sağladığını göstermektedir. Aynı zamanda diğer faktörler de motilite üzerine etkili olabilirler. Sonuç olarak da yiyeceklerin gastrointestinal sistemde geçiş zamanının uzaması olası su emilimini artırır ve bu şekilde konstipasyona yatkınlık oluşturur. Ancak zaman zaman bu tip rahatsızlıklarda diyet ve kültürel beklentiler daha önemli faktörler olabilir (16).

2.2.1.3. Karaciğer

Gebelik süresince özellikle de son trimester de karaciğer, büyüyen uterusu bağlı olarak yukarıya ve arkaya doğru yer değiştirir ve fizik muayenede palpe edilemez hale gelir. Normal gebelikte karaciğer morfolojisi, büyüklüğü ve hepatik kan akımı değişmez. Palmar eritem ve spider nevüs gibi fizik muayene bulguları gebelikte sık olarak görülebilir. Bu nedenle mutlaka kronik karaciğer hastalıkları ile ilişkili olduğu düşünülmemelidir (20).

İlaçların çeşitli metabolitlerinin karaciğerdeki metabolizma ve ekskresyonlarında önemli bir değişiklik gözlenmez. Son trimesterde serum biyokimyasal parametrelerinden alkalin fosfataz (ALP), kolesterol, a1 ve a2 globülin düzeylerinde orta derecede yükselme görülebilir. ALP yüksekliği gebelik süresince plasenta kaynaklı olup gama glutamil transferaz (GGT), bilirubin ve transaminaz düzeyleri normal sınırlardadır. Albümin düzeyi hafif olarak

düŖer. Karaciğer iğne biyopsisi genellikle normal histolojik bulgular gösterir, bazı vakalarda ise hafif yağlı değişim gözlenebilir (20).

2.2.1.4. Safra Kesesi

Gebelikte safra kesesi hacmi artar ve boşalması yavaşlar. Progesteronun düz kasları gevşetici etkisi ve kolesistokinini inhibe etmesi nedeni ile sıklıkla kesede tam boşalma gerçekleşmez buna bağlı olarakta staz meydana gelir. Gebelikte kolesterol taşlarının görülme sıklığı artar (21). Sezeryan ile doğum yapan bir gebede safra kesesinin dilate ve atonik olduğu bilinmektedir. Safranın kimyasal içeriği geğişmemekle birlikte, gebelikte ortaya çıkan safra stazı taş oluşumu için risk artışına neden olur (16).

Gebelikte ilk trimesteri takiben kenodeoksikolik asit (KDKA) ve deoksikolik asit (DKA) progresif olarak azalırken kolik asit düzeyi artar. İlerleyen gebelik haftalarında safra asitlerinin içeriği değişir ve bazı gebelerde ise safra asitlerinin miktarı %50 oranında artar. Safra asiti miktarındaki artışa paralel olarak safra kesesi volümündede artış olur. Gebelik sırasında hem safra kesesi fonksiyonlarında hem de safra içeriğinde görülen bu değişiklikler litojenik bir ortam meydana getirmektedir. Gebelik tek başına safra taşı oluşumu için ne yeterli ne de gerekli bir faktördür. Ancak gebelik metabolik ve/veya genetik olarak safra taşı oluşumuna yatkın olan kadınlarda stimüle edici bir süreç oluşturmaktadır (22).

2.2.1.5. Pankreas

Gebelikte pankreasın ekzokrin salgılarında değişiklik olduğu yönünde bir bilgi yoktur. Dışarıdan verilen seks hormonlarının pankreas üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Güncel literatürde yer alan tüm olgu sunumlarının gözden geçirildiği bir çalışmada akut pankreatit sıklığı ile doğum sayısı arasında bir ilişkinin olmadığı, maternal mortalitenin gebe olmayanlardan farklı olmadığı ortaya konmuştur. Aynı çalışmada fetal kayıp oranının %10-20 civarında olduğu bildirilmiştir (23).

Gebelik sırasında gelişen akut pankreatit nedenleri genel popülasyonunkinden farklılık göstermemekle birlikte alkol alımına bağlı pankreatit daha nadir görülür. Akut pankreatitin en sık görülen nedeni safra taşları olup gebelik sırasında da farklılık göstermemektedir (24). Bazı olgularda akut pankreatit gelişimi ilaç kullanımı ile ilişkili olup, en sık tiyazid grubu diüretiklere bağlıdır. Olguların büyük bir kısmı etiyolojik neden belli olmadığı için idiyopatik olarak sınıflandırılmaktadır. Gebelik tek başına akut pankreatit için

etyolojik bir neden olarak gösterilemez Bazı metabolik değişikliklerin predispoze gebelerde bir risk faktörü olabileceği bildirilmektedir. Gebelikte plazma trigliserit düzeylerinde yaklaşık üç kat, kolesterol düzeylerinde ise %25-50 oranında artış olduğu bildirilmiştir (23). Bu artışın gebelik sırasında ortaya çıkan yüksek östrojen düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Plazma trigliserit düzeyinin hızlı bir şekilde 1000 mg/dl'nin üzerine yükselmesi akut pankreatite yol açabilmektedir. Ancak gebelikte görülen hipertrigliserideminin akut pankreatit oluşumu üzerindeki etkisi net olarak bilinmemektedir. Gebelerde akut pankreatit semptomları, kliniği ve tanı metodları önemli bir fark göstermez (23).

2.2.2. Üriner sistem

İlerleyen gebelik haftaları boyunca, böbrek boyutu ağırlığındaki artışla orantısal olarak yaklaşık 1-1,5 cm kadar artar. Normal pelvis renalis çapı 10 mm olup gebelerde 6 kata kadar artabilir. Pelvis renalis çapındaki bu artış ile birlikte kaliklerde dilate olur. Üreter, kemik pelvis girişinin üzerinde sağ tarafın daha belirgin etkilenmesi sonucu dilate olur. Üreter uzar, genişler ve daha kıvrımlı hale gelir. Tamamı dilate olan toplayıcı sistem, asendan üriner enfeksiyona yatkınlık oluşturan idrar reflüsüne maruz kalabilir. Hemen hemen tüm kadınlarda idrar yolu dilatasyonu postpartum 4. günde kaybolur (16).

Muhtemelen birkaç faktör gebelik hidronefrozu ve hidroüreterine katkıda bulunur. Bu faktörlerden birincisi; gebelik hormonlarının üreteral düz kasları hipotonik hale getirmesidir. Buna karşın gebe olmayan kadınlarda yüksek progesteron seviyelerinin hidroüretere neden olmadığı gözlenmiştir. Bir diğer faktör ise infundibulopelvik ligament içindeki ovaryan ven kompleksinin genişleyip, kemik pelvis girişinde üretere baskı yapmasıdır. Üreterin distal 1/3'ündeki düz kasların hiperplazisi lümen boyutunu azaltır ve üst 2/3'ünde dilatasyona yol açar. Sigmoid kolon ve uterusun sağa rotasyonu, soldaki üreterin sağa göre baskı ve dilatasyonunu azaltır (16).

2.3. Gebelik Döneminde Non-obstetrik Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı

Akut karın, ani başlangıçlı ve bir haftadan daha kısa süren, şiddeti değişmeyen veya şiddeti giderek artan bir klinik tablodur (28). Gebelikte akut karın insidansı 500-635 olguda 1 olarak bildirilmiştir (25,26,27). Gebelikte akut karın nedenlerini obstetrik ve non-obstetrik olarak ikiye ayırabiliriz (Tablo 1). Non-obstetrik akut karın nedenleri arasında akut apandisit,

akut kolesistit, kolelitiazis, inflamatuvar barsak hastalıkları, peptik ülser, akut pankreatit, hepatik rüptür, intestinal obstrüksiyon, gebeliğin akut yağlı karaciğeri ve ağır preeklampsi sayılabilir. Gebelikte en sık görülen non-obstetrik karın ağrısı nedeni akut apandisitdir (25,26,27). Akut karın nedeni ile cerrahi yapılan gebe olguların %25-30' unu akut apandisit tanısı alan gebeler oluşturmaktadır (25). Nonobstetrik nedenlere bağlı karın cerrahisi sıklığının her 451-635 doğumda 1 olduğu bildirilmektedir (28). Gebelik sırasında uygulanan anestezinin preterm doğum (%4-6) ve fetal mortalite (%1,8-2) riski mevcuttur (28).

Tüm tanısal gelişmelere rağmen halen günümüzde gebelikte akut karın tanısı zor bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bulantı, kusma ve karın ağrısına gebelerde daha sık rastlanması, büyüyen uterusu bağlı olarak karın içi organların yer değiştirmesi, fizik muayenenin tanısal anlamda belirgin bir yönlendirici olmaması ve gebelere gereksiz ameliyattan kaçınma isteği, gebelerde akut karın tanısı konulurken ortaya çıkan zorlukların başlıca sebepleri arasında yer alır (29). Gebelikte akut karın tanı ve tedavisi hem fetüs hem de anne hayatı için önem taşır. Erken tanı ve tedavi uygulanması oldukça önemlidir.

2.3.1. Akut apandisit

Akut apandisit, gebelerde en sık cerrahi müdahale gerektiren nonobstetrik nedendir. Gebelikte akut apandisit görülme sıklığının yaklaşık 1500 gebede 1 olduğu bildirilmektedir (30). Bu oran gebe olmayan kadınlar ile benzerdir. Görülme sıklığı, ikinci trimesterde biraz daha fazla olmakla beraber, tüm trimesterlerde hemen hemen eşittir (31). Uterus büyümesine bağlı olarak appendiksin yukarıya doğru yer değiştirmesi, ayrıca klinik semptom ve bulguların küntleşmesi, özellikle gebeliğin ilerleyen haftalarında akut apandisit tanısını zorlaştırır. Bu nedenle teşhis ve operasyondaki gecikme sonucu rüptür 2-3 kat daha fazla görülmektedir (32).

Appendiksin yer değiştirmesi ve parietal peritondan uzaklaşması sonucu peritoneal irritasyon bulguları görülmeyebilir. Gebelerde akut apandisitte en sık görülen semptomlar bulantı, kusma, ateş, iştahsızlık, epigastrik veya alt kadrantlarda ağrıdır. Bulantı-kusma ve iştahsızlık gebeliğin ilk üç ayında da sık görülen semptomlar olduğu için apandisit tanısına yardımcı olmayabilir. İkinci ve üçüncü trimesterde bulantı ve kusma görülüyorsa altta yatan nedene yönelik gerekli tetkikler yapılmalıdır. Gebelerde appendiks ile ön abdominal duvar arasında uterusun girmesi ve abdominal duvarın distansiyonu sonucu fizik muayene bulguları anlamlı olmayabilir (33,34). Hassasiyet, defans ve rebound gibi karın muayene bulguları hastaların yaklaşık %70'inde görülür. Karın muayenesinde hassasiyet saptanması en sık ve en

güvenilir bulgu olmakla birlikte nadiren bulunmayabilir. Gebelikte karın kaslarının gevşemesi nedeniyle defans güvenilir bir bulgu değildir (35).

Gebeliğin rölatif lökositozu enfeksiyon yorumlanmasını gölgelemektedir. Apandisit olan tüm hastalarda belirgin beyaz küre artışı olmasa da yaklaşık %75'inde sola kayma görülmektedir (32).

Gebelikte akut apandisit olduğu saptanan hastalarda en sık konulan yanlış tanı pyelonefrittir. Ayırıcı tanıda over torsiyonu, over kisti ve/veya rüptürü, gastroenterit, pankreatit, piyelonefrit, üriner sistem taş hastalığı, safra kesesi ve/veya safra yolu hastalıkları göz önünde tutulmalıdır (32). Alders 1951 yılında gebelik sırasında ortaya çıkan karın ağrısının nedenini anlamak için bir fizik muayene bulgusu tanımlamıştır. Karında en fazla ağrı olan nokta belirlenip, buraya parmak bastırılırken hasta sol yanına çevrilir. Eğer ağrı azalır ya da kaybolursa ağrının nedeni uterusu bağı patolojilerdir. Aksine ağrının şiddetinde bir değişiklik olmaz ise uterus dışı patolojiler düşünülmelidir (36).

Akut apandisit tanısında fizik muayene ve tıbbi öykü ile yeterli sonuç alınmadığı zaman görüntüleme yöntemleri daha önemli hale gelir. Tanı için kullanılacak en güvenli görüntüleme yöntemi USG'dir. Normal popülasyonda USG'nin sensitivitesi %80 ve spesifitesi %90'dır. Radyolojik olarak apandisit bulgularının varlığında, USG'nin spesifitesi normal popülasyonla benzerdir (35,37). Ancak USG ile appendiks görülemediği ve ağrının etyolojisi bulunamamış ise, tanı için MRG kullanılması önerilmektedir. Bu durumda MRG gebelerde rahatlıkla kullanılacak güvenli bir yöntemdir (35).

Akut apandisit tedavisi inflame appendiksin cerrahi olarak çıkarılması yani appendektomidir. Akut apandisit şüphesi olan ya da tanısı kesinleşen gebeler hızlıca ameliyat edilmelidir. Konservatif yaklaşımın tedavide yeri yoktur. Ameliyatın gecikmesi perforasyon ve fetal kayıp riskini artırmaktadır. Cerrahi konvansiyonel ya da laparoskopik olarak yapılabilir. Uterusun göbük üstüne taşıdığı ileri gebelik haftalarında laparotomi teknik olarak zor olabilir (35). Gebelerde akut apandisit tanısında yaşanan zorluklar nedeniyle negatif laparotomi oranı gebe olmayanlara göre daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda negatif laparotomi oranının %20 -35 olduğu bildirilmiştir (38). Komplikasyon (perforasyon ya da abse) gelişir ise fetal mortalite riski ciddi olarak artar. Gebelik sırasında görülen akut apandisitte fetal kayıp oranı %3-5 iken, komplikasyon geliştiğinde fetal kayıp oranı %20-36'a

Tablo 2. Gebelikte akut karın nedenleri

1. Obstetrik Nedenler

Spontan abortus
Ektopik gebelik
Over kisti
Miyom dejenerasyonu
Erken doğum
Plasental ablasyon
Korioamnionitis
Uterin rüptür
Adneksiyal torsiyon
Ciddi preeklampsi
HELLP sendromu
İntraamniyotik enfeksiyonlar
Gebeliğin akut yağlı karaciğeri

2. Non-obstetrik nedenler

Akut apandisit
İntestinal obstrüksiyon
Akut kolesistit
Kolelitiazis
İnflamatuar bağırsak hastalığı
Peptik ülser
Akut pankreatit
Hepatik rüptür
Gastroenterit
Divertikülit
Nefrolitiazis
Pnömoni
Sickle cell anemi krizi
Splenik arter anevrizması
Spontan uterin arter rüptürü
Spontan hemoperitenium
İliopsoas absesi

3. Jinekolojik nedenler

Hemorajik kist
Over torsiyonu
Tubal torsiyon
Miyom dejenerasyonu
Pelvik inflamatuvar hastalık

yükselir. Gebelerde perfore olmamış apandisitte mortalite %0,1 iken, perforasyon varlığında %4'dür. Cerrahi müdahale yirmi dört saat geciktiğinde perforasyon riski %0'dan %66'ya

yükselir. Özetle daha yüksek negatif laparotomi ya da laparoskopi oranları daha düşük fetal mortalite oranları için kabul edilebilir bir durumdur. Bu nedenle cerrahi müdahaleyi geciktirmekten kaçınılmalıdır (39,40,41).

2.3.2. Akut kolesistit

Akut kolesistit, gebelik sırasında görülen ikinci en sık cerrahi patolojidir. Gebelik boyunca akut kolesistit görülme sıklığı 1-6\10000'dir (28). En sık saptanan etiyolojik neden safra kesesi taşlarıdır. Gebelik boyunca östrojen seviyesinin artması, progesteronun düz kas gevşetici özelliği nedeniyle safra kesesinin boşalmasının gecikmesi ve rezidüel volümün artması, biliyer sistemde staza bunun sonucunda da kolelitiazis ve akut kolesistit insidansında artışa neden olur (42).

Gebelerde görülen akut kolesistit semptomları gebe olmayan kadınların semptomlarına benzerdir. Bulantı, kusma, iştahsızlık, hazımsızlık, yağlı yiyeceklere karşı intolerans ve sağ üst kadranda akut başlangıçlı, kolik ya da bıçak saplanır tarzda ağrı, beraberinde fizik muayene bulgularının bulunması durumunda akut kolesistit düşünülmelidir. Genellikle yüksek ateş ve lökositoz da klinik tabloya eşlik edebilir. Murphy bulgusu gebelerde sık rastlanan bir bulgu değildir (25,43). Üçüncü trimesterde büyümüş uterus nedeniyle fizik muayenede hassasiyet ve defansın belirlenmesi zordur (43).

Akut kolesistitte sıklıkla beyaz küre sayısında, AST ve ALT değerlerinde artış saptanmaktadır. Kolesistitin çok erken döneminde ve ana safra kanalı tıkanıklıklarında bilirubin değerlerinde ılımlı artış beklenir. Ancak östrojene bağlı olarak yükselen ALP düzeyinin akut kolesistit tanısında yararı azdır (32).

Safra kesesi patolojilerinde tanı için en uygun görüntüleme yöntemi USG' dir. Tanısal doğruluk oranı yaklaşık olarak %95-98 civarındadır. Akut kolesistitin USG bulguları artmış kese duvar kalınlığı, kese etrafında sıvı koleksiyonu ve safra kanalı dilatasyonudur (32).

Akut kolesistitin ayırıcı tanısında miyokard infarktüsü, gebeliğin akut yağlı karaciğer hastalığı, şiddetli preeklampsi ve HELLP sendromu, akut pankreatit, akut apandisit, viral hepatit, peptik ülser, sağ alt lob pnömonisi, piyelonefrit ve herpes zoster enfeksiyonu düşünülmelidir (29).

Gebelikte akut kolesistit tedavi yaklaşımı; pankreatit, kolanjit ve yaygın bilier kanallarda obstrüksiyon olmadıkça konservatiftir. Konservatif tedavide sıvı replasmanı, gastrointestinal sistemin dinlendirilmesi, nazogastrik takılması ve gerekirse narkotik

analjeziklerin uygulanması önerilmektedir. Enfeksiyon varlığında tedaviye uygun antibiyotik eklenmelidir (44). Hasta konservatif tedaviden fayda görmemişse, tekrarlayan atakları varsa ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile tedavi edilemeyen pankreatit veya kolanjite sebep olan safra taşı varsa cerrahi tedavi düşünülür (44).

2.3.3. Akut pankreatit

Akut pankreatit gebelikte nadir olup ve 1000-3000 gebede 1 görülür (45). En sık gebeliğin üçüncü trimesterinde ve postpartum dönemde görülmesine rağmen erken gebelik döneminde de görülebilir (28). Gebelik doğrudan akut pankreat gelişimine neden olmaz, ancak yatkınlığı olan bireylerde riski artırmaktadır (45).

Gebelik sırasında görülen akut pankreatit nedenleri normal popülasyonda görülen nedenlere benzerdir. Alkol alımına bağlı pankreatit daha az görülür. Gebelerde akut pankreatitin en sık görülen nedeni safra taşları olup olguların %67-100'ünden sorumludur (46). Diğer etiyolojik nedenler ise; ilaçlar, karın cerrahisi, künt karın travması, hiperlipidemi, hiperparatiroidizm ve enfeksiyonlar (bakteriyel, viral, parazitik)dır. Bazı akut pankreatit olguları ilaçlara bağlı gelişmektedir. İlaçlar arasında en sık saptanan neden tiyazid grubu diüretiklerdir. Olguların büyük bir kısmı etiyolojik neden belli olmadığı için idiyopatik olarak sınıflandırılmaktadır. Gebelikte bazı metabolik değişikliklerin predispoze hastalarda hastalık riskini artırabileceği bildirilmektedir. Hipertrigliseridemi'ye bağlı pankreatit akut pankreatitli gebelerin %4-6'sından sorumludur (45). Genellikle, öncesinde hiperlipoproteinemiye sahip gebelerin ilk gebeliklerinde ve 2-3. trimesterlerde daha sık görülür. Bu durum prematür doğum ve fetal mortalite riskinde artışa neden olmaktadır (46).

Akut pankreatit semptomları ve kliniği gebelerde önemli bir fark göstermez. En sık görülen semptomlar bulantı, kusma ve ani başlangıçlı, şiddetli, sırta yayılan epigastrik ağrıdır. Hasta ağrıyı azaltmak için diz, kalça ve gövdesini fleksiyona getirir. Ağrının özelliği kuşak tarzında olmasıdır. Fizik muayenede karında hassasiyet, defans, rebound ve barsak seslerinde azalma saptanabilir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında büyüyen uterus nedeniyle fizik muayene bulguları yanıltıcı olabilir (47).

Laboratuvar bulguları gebe olmayan kadınlar ile benzerdir. Akut pankreatit tanısı için pankreatik enzimlerin serum düzeylerine bakılır. Primer olarak da serum amilaz düzeyi önemlidir. Normal gebelerde serum amilaz değerleri normal ya da minimal yükselmiş olabilir. Akut pankreatitte amilaz/ kreatinin klirensi oranı yol göstericidir. Bu oran normal bir gebelikte düşük olmakla birlikte akut pankreatitli bir gebede yükselir. Artmış serum amilazı ve amilaz/ kreatinin klirensi oranı hızlı tanı koymada ve prognozu göstermede önemlidir (47).

USG ile büyümüş pankreas, peripankreatik sıvı, pseudokist ve pankreatik abse varlığını saptanabilir. USG pankreatit etiolojisinde rol alan kolelitiyazis tanısını koydururken, diğer ayırıcı tanıları değerlendirmede de faydalıdır. Alternatif yöntem MRG'dir (32).

Gebelikte akut pankreatit ayırıcı tanısında; preeklampsi, rüptüre ektopik gebelik, perforé peptik ülser, akut kolesistit, intestinal obstrüksiyon, dalak rüptürü, karaciğer absesi ve hiperemezis gravidarum akılda tutulmalıdır (32).

Akut pankreatit tedavisi gebe olmayan popülasyonla benzer olup konservatiftir. Yaklaşık 10 günlük konservatif yaklaşım ile hastaların %85'inde klinik iyileşme gerçekleşir. Tedavide intravenöz sıvı replasmanı, gastrointestinal sistemin dinlendirilmesi ve aşırı kusma varsa nazogastrik takılması önerilmektedir. İlaç olarak analjezik ve antispazmolitik kullanılabilir. Eğer ateş ve/veya sepsis bulguları varsa geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalıdır (48). Medikal tedaviye dirençli durumlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Abse oluşumu, pankreatik flegmon ve akut hemorajik pankreatit durumlarında acil cerrahi tedavi gerekebilir. Pankreatit safra taşına bağlı gelişmiş ise ERCP veya kolesistektomi tercih edilir. Gebelik süresince tanıda gecikme nedeniyle akut pankreatit ile ilişkili mortalite oranları daha yüksektir. Komplike olmamış pankreatitte maternal mortalite oranları düşüktür. Eğer komplike olmuş ise maternal mortalite oranı %10 a; fetal mortalite oranı ise %40-60'a yükselir (48).

2.3.4. Peptik Ülser Hastalığı

Gebelik süresince, gastrik sekresyon ve motilite azalmakta ve mukus sekresyonu artmaktadır. Bu durum bilinen peptik ülseri olan kadınların %90'a yakınında gebelik süresince iyileşmeye neden olur. Bununla birlikte gebelikte yeni teşhis koyulan peptik ülser hastalığı çok nadirdir (32).

Gebelerde peptik ülser hastalığının en önemli semptomu dispepsidir. Reflü ve bulantı şikâyetleri de sıktır ancak gebelik döneminde de sık görüldüğü için gözden kaçabilir. Karın ağrısı özellikle epigastrik bölgede olup beraberinde peritoneal irritasyon bulguları varsa perforé ülser akla gelmelidir (32).

Ayırıcı tanıda biliyer kolik, kronik pankreatit, irritable barsak sendromu ve mallory-weiss yırtıkları akılda tutulmalıdır. Ani başlangıçlı, şiddetli (bıçak saplanır tarzda) ve yaygın karın ağrısını takip eden taşikardi ve anlamlı fizik muayene bulguları (hassasiyet, defans, rebound) varlığında ülser perforasyonu düşünülmelidir (32).

Gebelik süresince görülen dispepsi öncelikle diyet ve yaşam tarzı değişikliği ile tedavi edilmelidir. İlk olarak antiasit ve sukralfat (Gebelik kategorisi B) tedavisi başlanabilir. Şikayetlerin geçmemesi durumunda H2-reseptör antagonistleri (Gebelik kategorisi B) ya da klinik tablo daha ağırsa proton pompa inhibitörleri (Gebelik kategorisi B) kullanılabilir. Gebelikte üçlü ilaç tedavisi tartışmalıdır. Test yapmadan H.Pylori ile ilgili ampirik tedavi verilmemesi önerilmektedir (32).

2.3.5. İntestinal Obstrüksiyon

Gebelik sırasında intestinal obstrüksiyon görülme sıklığı 1/1500-16000 olup çok nadirdir. İntestinal obstrüksiyon gebelikte obstetrik olmayan nedenler arasında en sık görülen üçüncü akut karın nedenidir (49). En sık üçüncü trimesterde görülür. Uterusun hızlı büyüdüğü 16-20 haftalar arası, fetüs başının pelvise yerleştiği 32-36 haftalar arası intestinal obstrüksiyon gelişme riski daha da artar. Olguların yaklaşık % 60-70'inde etiyolojik neden geçirilmiş abdominal veya pelvik adezyonlardır (50). Son yıllarda artan cerrahi operasyonlara bağlı olarak adezyon insidansı giderek yükselmektedir. İntestinal obstrüksiyonun ikinci önemli nedeni ise volvulustur. Volvulus en sık sigmoid kolonda görülür ve gebelik haftası arttıkça volvulus insidansı da artar. Gebelik sırasında görülen obstrüksiyonların diğer nadir nedenleri invajinasyon, divertikülozis, divertikülit, kanserler ve malrotasyondur (50).

İntestinal obstrüksiyonlarda semptomlar gebe olmayan kadınlarla benzerdir. Karın ağrısı, bulantı, kusma ve konstipasyon en sık görülen semptomlardır. Ağrı genellikle kolik tarzda olup yaygın, sürekli ya da periyodik ağrı şeklinde de olabilir. Ağrı atakları, ince barsak obstrüksiyonlarında 4-5 dakikada bir gelirken, kalın barsak obstrüksiyonlarda 10-15 dakikada bir gelir (50). Fizik muayenede barsak seslerinde azalma mevcuttur. Gebelik sırasında büyüyen uterusu bağlı olarak fizik muayene bulguları yanıltıcı olabilir. Gebelikten dolayı karın muayene bulguları net olarak değerlendirilemiyebilir. Obstrüksiyonun geç döneminde; barsak lümenine aşırı sıvı kaçağı, asidoz, oligüri ve bunlara bağlı şok tablosu gelişebilir. Klinik tabloya peritoneal irritasyon bulguları eklenmişse intestinal iskemi akla gelmelidir (28,43).

Laboratuvar tetkikleri ile renal fonksiyonlar ve elektrolit dengesizlikleri değerlendirilir. Lökositoz görülebilir ancak normal gebelikte de görülebileceği için tanıya çok yardımcı olmaz. Görüntüleme yöntemi olarak; gebe olmayan kadınlarda olduğu gibi ayakta ve yatarak karın grafisi çekilerek, hava-sıvı seviyeleri ve bağırsak dilatasyonu değerlendirilebilir (28). Kolonoskopi özellikle kolon volvulusunun tanısının doğrulanmasında kullanılabilir. Kolonoskopi ile volvulus redüksiyonu yaklaşık % 60-70 oranında başarı sağlar (25).

Gebelikte İO tedavisi, gebe olmayanlardakine benzerdir. İlk olarak intravenöz hidrasyon verilip beraberinde NG sonda ve/veya rektal tüp ile barsak dekompresyonu sağlanmalıdır. Anne ve bebeğin vital bulgularını desteklemek için ajesif hidrasyon gereklidir. İO saptanan gebelerde elektrolit imbalansı varsa düzeltilmelidir. Medikal tedaviye rağmen klinik iyileşme olmaz ise cerrahi tedavi düşünülmelidir (51). Cerrahi öncesi preoperatif profilaktik antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Gebelik sırasında gelişen intestinal obstrüksiyona bağlı morbidite ve mortalite oranları tanı ve tedavideki gecikmelerle ilişkilidir (50). Gebelik döneminde gelişen intestinal obstrüksiyonda fetal mortalite insidansı yaklaşık %20-26 iken, maternal mortalite insidansı ise %6-20 civarındadır (52).

2.3.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları

İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH), Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜC) kadınlarda en sık doğurganlık çağında görülmektedir. Bununla birlikte İBH'nın gebelik süresince başlamasının nadir olduğu bildirilmektedir (32).

CH sessiz başlangıçlı; ara ara ateş atakları, sağ alt kadran ağrısı, ishal, abse ve fistül oluşumu ile kendini gösteren perianal hastalıkla karakterizedir. Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde gelişebilir. ÜK kanlı ishal, gayta inkontinansı, alt kadranlarda daha belirgin olan karın ağrısı ve anemi ile ortaya çıkan İBH'nın diğer bir alt grubudur. ÜK sadece kolonu tutmaktadır. İBH genel olarak kramp tarzında karın ağrısı, ateş, iştahsızlık, kanlı-mukuslu ishal ve kilo kaybı ile kendini gösterir (32).

Tanı için USG ile kullanılabilir. Barsak duvarındaki kalınlaşma sonografik olarak gösterilebilir. Fleksible sigmoidoskopinin gebelikte güvenilir olduğu bildirilmektedir. Tanıda altın standart endoskopik biyopsi olup gebelik süresince güvenle uygulanabilir. İBH ayırıcı tanısında bağırsak iskemisi, divertikülit, ishal, bağırsak enfeksiyonu ve çölyak hastalığı akılda tutulmalıdır (32).

Tedavide ilk olarak diyet değişikliği yapılır, yeterli klinik cevap elde edilmez ise ilaç tedavisi başlanır. Sülfasalazin ve prednizon gebelerde güvenle kullanılabilir. Sülfasalazin alan hastalara beraberinde folat desteği de verilmelidir. Gebelik sırasında intestinal obstrüksiyon, megakolon, perforasyon ve/veya abse gelişirse cerrahi endikasyon doğar (32).

2.3.7. Hepatik Rüptür

Gebelikte karaciğer hastalıkları nadir olmakla birlikte büyük bir çoğunluğu üçüncü trimesterde görülür. Gelişen karaciğer hastalıkları genellikle doğumu takiben ilk birkaç hafta içinde düzelir. Ayırıcı tanı yapılırken bulguların başladığı gebelik haftası tanıya yardımcı olabilir (53). Spontan hepatik rüptür, genellikle üçüncü trimesterde görülen nadir bir komplikasyondur (54). Hepatik rüptür sonucu hepatik kanama sıklığının her 45000 canlı doğumda 1; subkapsüler hematoma sıklığının ise % 0,9 olduğu bildirilmektedir (56). Spontan hepatik rüptür, gebelikte gözlenen diğer cerrahi patolojilerin aksine, gebeliğe spesifik bir klinik durumdur. Bu hastalar genellikle multipar ve yaşlı kadınlar olup yaklaşık %80-70'inde eşlik eden preeklamsi veya eklampsi vardır (56).

Hastalar genellikle ani başlangıçlı, şiddeti giderek artan sağ üst kadranda ağrısından, epigastrik rahatsızlık hissinden, bulantı ve kusmadan yakınır. Bu hastalarda genellikle eşlik eden yüksek kan basıncı ile ilgili şikâyetler bulunur. Fizik muayenede en önemli bulgu sağ üst kadranda hassasiyet olup beraberinde hastada şok tablosuna ait fizik muayene bulguları da olabilir. Bu klinik tabloya ait spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Hastalarda lökositoz, hematokritte düşme, trombositopeni ve koagülasyon testlerinde bozulma tespit edilebilir. USG tanıya yardımcı olmakla birlikte en güvenilir yöntem abdominal bilgisayarlı tomografidir (BT). Parasentez ile karın içinde serbest kan varlığı tespit edilebilir (55).

Karaciğer rüptürüne hızlıca tanı konulup erken cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Tanısal gecikme yüksek mortalite ile ilişkili bir komplikasyondur. Erken cerrahi girişimle bile fetal mortalite oranının %40, maternal mortalite oranının ise %70 olduğu bildirilmektedir (55). Hipovolemi, anemi ve koagülopati saptanması halinde hızlıca düzeltilmesi gereklidir. Cerrahi tedavi yaklaşımı olarak acil laparotomi uygulanarak gebelik sezaryen ile sonlandırılmalı ve karaciğere yönelik intraoperatif değerlendirme yapılmalıdır. Kanamanın kontrol edilemediği durumlarda hepatik arter ligasyonu ya da parsiyel hepatik rezeksiyon düşünülebilir (55).

2.3.8. Rüptüre Splenik Arter Anevrizması

Splenik arter anevrizması yetişkinlerin % 0,1 inde meydana gelmekte ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu klinik tablo için hipertansiyon ve gebelik ana risk faktörleri arasında yer almaktadır. Gebelikteki rüptürlerin %25-40'ının özellikle üçüncü trimesterde meydana geldiği bildirilmektedir. Splenik arter anevrizması rüptürü intraperitoneal kanamanın ana nedenlerinden biridir (32).

Rüptür öncesi tamamen asemptomatik olan hastalarda en sık görülen semptom epigastrik, sol üst kadranda ya da sol omuz ağrısıdır. Direk grafide sol üst kadranda görülen oval kalsifikasyon alanı diyagnostik bir bulgudur. Klinik olarak stabil hastalarda anjiyografi tanıda altın standarttır. Gebelerde renkli doppler USG fetal radyasyon maruziyetini engellemek için tercih edilmektedir (32).

Splenik arter anevrizması rüptürü gelişen hastalarda mortalite %75 civarında olup oldukça yüksektir. Bu yüksek mortalite riskinden dolayı splenik arter anevrizması tedavisi geciktirilmemelidir. Elektif cerrahi yapılan hastalarda mortalite oranının % 0,5 ile %1,3 arasında olduğu bildirilmektedir (32).

2.3.9. Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi

Gebeliğin intrahepatik kolestazi safra asitlerinin birikmesine bağlı gelişen sarılık, sağ üst kadranda ağrısı ve kaşıntı ile karakterizedir. Görülme sıklığı coğrafi konum ve etnik kökene göre değişmektedir. Artan östrojenin safra transferini yavaşlattığı ve buna bağlı geliştiği düşünülmektedir. Çoğul gebeliklerde daha sık görülmektedir (57).

En sık görülen semptom tüm vücutta, özellikle de avuç içi ve ayak tabanında olan kaşıntıdır. Beraberinde sarılık ve karın ağrısı da görülebilir. Laboratuvar tetkiklerinde artmış ALP, bilirubin ve serum safra asiti düzeyleri saptanabilir. AST ve ALT değerlerinde hafif artış olabilir. Ayırıcı tanıda safra yolu hastalıkları, gebeliğin akut yağlı karaciğer hastalığı, HELLP sendromu ve hepatit düşünülmelidir (57).

İntrahepatik kolestazın semptomatik tedavisinde ilk olarak bir antihistaminik olan difenhidramin tercih edilir. Safra emilimini artırdığı için tedavide ursodeoksikolik asit (UDKA) kullanılabilir. UDKA tedavi dozu 10-15 mg/kg/gün'dür. Tedavide oral steroidlerin kullanılması klinik düzelmeye sağlar. Hastalarda, doğum sonrası semptomlar ve klinik hızla düzelmeye gösterir (57).

2.3.10. Maternal Travma

Travma, tüm gebeliklerin yaklaşık %6-7'sinde görülmektedir. Non-obstetrik anne ölümlerinin en önemli sebeplerinden birisidir (43). Künt travmalar en sık görülen yaralanma türü olup en sık trafik kazalarına bağlı geliştiği bilinmektedir (58). Maternal künt travma sonrası fetal mortalite oranı %3,4-38 civarındadır (58). Yüksekten düşme ve darp daha nadir künt travma nedenleridir. Gebelikte oluşan anatomik değişikliklerden dolayı retroperitoneal

kanama riski artarken, ince barsak yaralanma riski bir miktar azalır. Trafik kazalarında fetal ölümlerin en sık nedeni anne ölümüdür (59). Gebelik sırasında görülen penetran karın travmalarının en sık saptanan nedenleri ateşli silah yaralanması ve kesici-delici alet ile yaralanmalarıdır. Normal popülasyonda ateşli silah yaralanması sonrası ölüm oranı %10-12 civarında iken, gebelik sırasında maternal ölüm oranı %0-5'dir. Bunun nedeni büyüyen uterusun diğer abdominal organları korumasıdır. Annenin penetran karın yaralanmasına bağlı fetal yaralanma oranı %59-89 civarında iken, fetal ölüm oranı ise %47-71'dir (56,61).

Travma sonrası gebelerin klinik durumu değerlendirilirken; gebe olmayan kadınlardakine benzer bir algoritma izlenir. Gebe kadınlarda ek olarak fetusun klinik durumu da göz önünde bulundurulur. Fetusun gereksiz ilaç ve radyasyon maruziyetinden korunması da gereklidir. Gebe travma yönetiminde maternal fizyolojik değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelikteki fizyolojik değişikliklere bağlı olarak hipoksinin daha hızlı gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Gebelikte kan kaybı 2000 cc ya da anne kan hacminin %30'una ulaşmadıkça, hemodinamik instabilite görülmeyebilir. Fetus canlılığının devamı için hızlı bir şekilde maksimum oksijenizasyon ve uterin perfüzyon sağlanmalıdır. Gebelerde hastalarda fizik muayene bulguları yanıltıcı olabileceği için tüm vücut bölgeleri yaralanma varlığı açısından dikkatle araştırılmalıdır. USG solid organ yaralanması, karın içi sıvının gösterilmesi, fetal kalp atımı ve aktivitesini belirlemek için önemli bir tetkiktir (43,60,61).

Gebe, travma sonrası konservatif olarak takip edilecekse yoğun bakımda sürekli fetal monitorizasyon ile izlenmelidir. Eğer gebede penetran karın travması varsa tedavi yaklaşımı cerrahi eksplorasyondur. Künt karın travmasına bağlı karın içi organ yaralanmasından şüpheleniliyorsa erken laparotomi kararı alınmalıdır. Laparotominin gerekli olması, eş zamanlı sezeryan endikasyonu konulmasını gerektirmez. Fetal stres, uterus yaralanmasına bağlı uterus rüptürü ve büyümüş uterus nedeniyle yeterli karın eksplorasyonu yapılamaması durumlarında acil sezeryan gerekli olur (60).

2.4. Gebelik Döneminde Üriner Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı

2.4.1. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları gebelikte en sık rastlanan enfeksiyonlardır. Üriner sistem enfeksiyonu genel bir tanımlama olup; üriner sistemin herhangi bir yerinde bakteri bulunması, üremesi ve semptomlara neden olması olarak ifade edilebilir (62). Gebelikte üriner

sistem enfeksiyonları asemptomatik bakteriüriden piyelonefrite kadar değişen şekillerde ve şiddette görülebilir.

2.4.1.1. Asemptomatik Bakteriüri

Asemptomatik bakteriüri; herhangi bir semptom olmaksızın idrarda bakteri tespit edilmesidir. AB eşlik eden herhangi bir belirti olmaksızın ard arda alınan iki idrar örneğinde bakteri üremesi olarak da tanımlanmaktadır (62). Gebelerdeki insidansı gebe olmayan kadınlarla benzerdir (62,65). Gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerden dolayı gebelerde tekrarlama eğilimi daha fazladır. AB'nin semptomatik enfeksiyona dönüşme riski gebe olmayanlara göre 3-4 kat fazladır (63,64). Gebelik döneminde asemptomatik bakteriürisi olan kadınlar akut piyelonefrit ve diğer komplikasyonların gelişimi yönünden yüksek risk altındadırlar (65). Bu nedenle AB'nin uygun bir şekilde tedavi edilmesi üriner sistem enfeksiyonu gelişimini %80-90 oranında azaltmaktadır (63).

Tanı için tam idrar tetkiki (TİT) ve idrar kültürü (İK) alınması önerilmektedir. AB'si olan gebelerde en sık etken *E.coli*'dir. AB saptanan gebelerde tedaviye anne ve fetus için toksik olmayan ilaçlar seçilerek ampirik olarak başlanır. Yedi günlük tedavi ile bakteriüri %70-80 oranında eradike edilir. Üriner sistem anomolisi olan ya da piyelonefriti olan hastalarda tedavide yetersizlik ve/veya başarısızlık görülebilir (64). Tedaviyi takiben 1-2 hafta sonra idrarda üreme olmadığından emin olmak için tekrar İK almak gerekir. Ayrıca gebelik boyunca belirli aralıklarla kültür alınması önerilmektedir (65).

2.4.1.2. Akut Sistit

Akut sistit, bakteriüriye mesane mukozasının inflamasyonunun eşlik etmesi olarak tanımlanmaktadır. Klinik bulgular arasında suprapubik hassasiyet, sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ve/veya gece idrara kalkma vardır. İdrar genellikle bulanık ve kötü kokuludur. Gebelikte ortaya çıkan sistitin en sık etkeni AB'de olduğu gibi *E.coli*'dir (63). Sistit tedavisi AB ile benzerdir. Tedaviyi takiben 1-2 hafta sonra İK tekrar edilmelidir (65).

2.4.1.3. Akut Piyelonefrit

Akut piyelonefrit (AP), bakteriüri ile birlikte böbrek parankimi, kaliksleri ve pelvisinin inflamasyonudur (63). AP tüm gebeliklerin % 1-2'sinde görülür. Gebelik

döneminde hastaneye yatışların en sık nedenleri arasında yer alır. Hidronefrozun ve idrar yollarında stazın en fazla olduğu üçüncü trimesterde daha sık görülür (65). Ateş, üşüme, titreme, bulantı, kusma gibi sistemik bulguların yanısıra yan ağrısı ve sistit bulguları da görülür. AP'de en sık saptanan etiyolojik mikroorganizma *E.coli*'dir (62). Tanı için TİT ve İK alınması önerilmektedir. AP tanısı konulan bir gebe hastaneye yatırılmalıdır. Maternal ve fetal komplikasyonlardan dolayı parenteral antibiyotik tedavisine başlanmalı, lüzum halinde analjezik ve antipretik desteği verilmelidir (65).

Maternal ve fetal toksisite riskinden dolayı gebelikte antibiyotik seçimi önemlidir. Bazı antimikrobiyal ilaçların gebelikte kullanılmaması önerilmektedir. Eritromisin gebelerde kolestatik sarılığa neden olabileceği için kontrendikedir. Tetrasiklinler gebelerde akut karaciğer yetmezliğine ve fetüste malformasyonlara neden olabileceği için kullanılmamalıdır. Kloramfenikol yenidoğanlar tarafından metabolize edilemez, bu yüzden neonatal dönemde toksik etkiler görülebilir. Florokinolonların kıkırdak oluşumu üzerindeki yan etkileri bilinmektedir. Bu nedenle gebelikte florokinolonların kullanılması kontrendikedir. Aminoglikozid grubu antibiyotiklerin gebede ve fetüste nefrotoksik ve ototoksik etkilerinin olabileceği akılda tutulmalıdır (65).

2.4.2. Üriner Sistem Taş Hastalığı

Nonobstetrik karın ağrısı nedenleri arasında en sık hastaneye yatış gerektiren neden üriner sistem taş hastalığıdır. Gebelerde üriner sistem taş hastalığı görülme sıklığı aynı yaş grubundaki gebe olmayan kadınlarla benzerdir (66). Yapılan çalışmalarda gebelerde semptomatik üriner sistem taşı görülme sıklığının 1/200 ile 1/2500 arasında olduğu bildirilmektedir (66,67,68). Bildirilen oranlar gebelerde ve gebe olmayanlarda birbirine yakındır (66,68). Gebelikte fetüsün pozisyonu ile ilişkili olarak üriner sistem taşları sağ böbrek ve sağ üreterde daha sık görülmektedir (66,70).

Gebelerde, üriner sistem taş hastalığında en sık görülen semptom kolik tarzda ağrıdır (67). Makroskopik veya mikroskopik hematüri ağrıya en sık eşlik eden ikinci semptomdur. İdrarda lökosit saptanabilir ancak gebelerde sık görülen bir durum olduğundan, İYE tanısı koymak için mutlaka İK yapılmalıdır (67,68). Bulantı ve/veya kusma özellikle üreter taşlarında sık görülür ancak gebeliğin özellikle ilk 3 ayında görülen hiperemesis gravidarum ile karıştırılmaması gerekir (67).

Gebeler, üriner sistem organlarının gelişiminin gerçekleştiği 12. gebelik haftasının sonuna kadar radyasyonla yapılan tetkiklerden kesinlikle korunmalı, daha sonraki dönemlerde de, iyonizan ışın içeren tetkiklerden mümkün olduğunca uzak tutulmalıdır (68). Fetüs için zararsız olan USG üriner sistem taşları için %95.2 sensitivite ve %87 spesifisiteye sahiptir. Bununla birlikte USG var olan taşların yaklaşık %40'ını görüntüleyemeyebilir (68,69). BT yüksek radyasyon riski nedeni ile kullanılmamalıdır ancak MRG iyonizan radyasyon içermemesi dolayı tanı amaçlı kullanılabilir (68).

Gebelikte, üriner sistem taş hastalığına bağlı gelişen hidronefrozun tedavisinde cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilmesi nedeniyle, mutlaka gebelikte görülen fizyolojik hidronefrozdan ayırıcı tanısı yapılmalıdır (70). Ayırıcı tanıda apandisit, divertikülit, hiperemezis gravidarum ve ablasyo plasenta gibi obstetrik ve nonobstetrik nedenler mutlaka akılda tutulmalıdır (70).

Renal kolik nedeniyle hastanelere başvuran gebeler, intravenöz hidrasyon, analjezik ve antibiyotik içeren medikal tedaviye iyi yanıt verirler ve %90'ı semptomatik olarak rahatlar (70). Gebelikte görülen üriner sistem taş hastalığının tedavisinde semptomatik yaklaşım daha ön planda olmalı ve gereksiz cerrahi tedavilerden kaçınılmalıdır. Semptomatik tedavi yöntemleri ile taşların büyük bir kısmı kendiliğinden düşmektedir (70). Kolik atakların geçmeyip şiddetinin arttığı, taşların spontan düşmediği, tekrarlayan üriner enfeksiyonların görüldüğü ve hidronefrozun geliştiği durumlarda invazif tedavilerin alternatif olarak düşünülmesi önerilmektedir (70).

2.4.3. Renal Ektazi

Ektazi, lümeni olan yapıların lümen çaplarının genişlemesi olarak tanımlanmaktadır. Üreterde ve renal pelviste genişleme, hidroüreter ve hidronefroz olarak bilinen klinik durumları ortaya çıkarır. Gebeliğin erken dönemlerinde kan östrojen, progesteron ve prostaglandin miktarındaki artış, üriner sistemde müsküler dilatasyon sonucu obstrüksiyon olmadan ektaziye yol açar. İlerleyen gestasyonel haftalarda ise uterusun sağa yer değiştirmesi sonucu fiziksel olarak üretere yapılan bası ile ektazi gelişir (70). Akut başlangıçlı hidronefroz özellikle taşa bağlı bir tıkanma veya üreteral darlıklar nedeni ile meydana gelir (71).

Hidronefroz, gebelikte sık görülen fizyolojik bir durumdur. Ancak bunlar genellikle asemptomatik olup dikkat edilmezse gözden kaçabilir. Semptomatik hidronefrozun en sık nedenleri uterus basısı, taş, üretral darlıklar ve enfeksiyonlardır (71). En sık saptanan

semptom ağrıdır. Ağrının karakteri; akut, şiddetli nitelikte olabileceği gibi, hafif, gelip geçici şekilde de olabilmektedir. Ağrıya bulantı, kusma, baygınlık hissi ve soğuk terleme de eşlik edebilir (70). Laboratuvar olarak elektrolit bozuklukları ve kreatinin klerensinde azalma tespit edilebilir (71).

Hidronefroz tanısı USG ile konulur. Gebe asemptomatik ve hidronefrozun şiddeti (derecesi) artmıyorsa rutin takip önerilir. Gebe semptomatik ise pozisyon değişimi, antibiyotik ve analjezik tedavisi ile takibe alınır. Medikal tedaviye cevap alınamayan gebelerde cerrahi tedavi yöntemlerine (üreterik stent yerleştirilmesi ve/veya perkutan nefrostomi) başvurulması önerilmektedir (71).

2.5. Gebelik Döneminde Obstetrik Nedenlere Bağlı Akut Karın Ağrısı

2.5.1. Spontan Düşükler

Yirminci gebelik haftasından önce veya fetüs ağırlığı 500 gramın altında iken gebeliğin sonlanmasına abortus (düşük) denir. Klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %10-15'i abortus ile sonlanır (72). Erken gebelik haftalarında görülen abortuslar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilirler (72);

1. Abortus imminens
2. Abortus incipiens
3. İnkomplet abortus
4. Komplet abortus
5. Missed abortus
6. Blighted ovum (boş gebelik)

Abortus imminens'te hafif kanama vardır, ağrı eşlik edebilir, vajinal muayenede serviks kapalıdır ve bu hastalarda yatak istirahati önerilir. Abortus incipiens'te vajinal kanama artmıştır, ağrı daha belirgindir, servikal açıklık ve silinme mevcuttur; yüksek ihtimalle düşük meydana gelecektir ve küretaj ile gebelik sonlandırılmalıdır. İnkomplet ve komplet abortus'ta ağrılı vajinal kanama vardır ve hastaya hemen küretaj uygulanır, uterus temizlenerek hastanın kanaması durdurulur. Missed abortus ve blighted ovum (boş gebelik)'da klinik olarak hastanın şikayeti yoktur, USG ile tanısı konulur ve bu hastalarda da vakit kaybetmeden küretaj yapılması önerilir (73).

2.5.2. Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik, uterus kavitesi dışına implante olmuş gebelik olarak tanımlanır ve tüm gebeliklerin yaklaşık %1'inde görülür. Ektopik gebelik en sık (%95-99) fallop tüplerine yerleşir. Ektopik gebelik fallop tüplerinin en sık ampuller bölgesinde görülür. Ovaryan, servikal ve abdominal yerleşimler ise nadir de olsa görülebilir. Ektopik gebelik klinik olarak önemlidir; gebelik kesesi, uterus dışı bir yerleşimde olduğu için gelişimi yeterli olmaz ve hayatı tehdit edici kanamalara neden olabilir. β -hCG ve transvajinal USG ile ektopik gebelik tanısı gecikmeden ve kolaylıkla konulabilmektedir (74). Ektopik gebelik şüphesinde hızlı ve doğru tanı ile acil müdahale yapılmalıdır. Geçirilmiş pelvik enfeksiyon, ektopik gebelik ve tubal cerrahi ile intrauterin araç uygulanması ektopik gebelik için risk faktörleri arasında yer alır (74).

Ektopik gebelikte karın hassasiyeti, kasık ağrısı, palpe edilebilen adneksiyel kitle, kanamaya bağlı periton irritasyon bulguları, taşikardi, takipne ve hipotansiyon görülebilir. Adet gecikmesi olan, β -hCG pozitif ancak USG ile intrauterin gebelik kesesi görülemeyen üreme çağındaki her kadında ektopik gebelik düşünülmelidir. Bu olgularda β -hCG daima pozitiftir. Tanıda altın standart ise laporaskopik olarak ektopik gebelik odağının görülmesidir (75).

Ayırıcı tanıda akut apandisit, gastroenterit, İYE, adneksiyel torsiyon, abortus, korpus luteum kisti ve pelvik inflamatuvar hastalık yer alır (75).

Tedavi ektopik gebelik odağının rüptüre olup olmamasına ve sağlam olan tubanın durumuna göre cerrahi veya medikal olarak planlanır. Medikal tedavide metotreksat kullanılması önerilmektedir. Gebelik kesesi rüptüre olmamışsa ve 4 cm'den küçükse medikal tedavi uygulanabilir. Cerrahi tedavi yöntemi olarak laparoskopi ya da laparotomi tercih edilebilir. Şayet şiddetli kanama varsa laparoskopi esnasında adneksler yeterince görüntülenememişse veya kese abdominal, intersisyel ya da overyan lokalizasyonda ise laparotomi tercih edilir (76).

2.5.3. Preterm Doğum (Eylem)

Preterm doğum (eylem); 37. gebelik haftasından önce doğumun başlaması olarak tanımlanır. Amerika'da 1990-2004 yılları arasında preterm doğum sıklığının %12.5 civarında olduğu ve neonatal ölümlerin en sık 2. nedeni olduğu bildirilmektedir (77). Prematür doğumların da en sık nedenidir. Preterm doğum için risk faktörleri; enfeksiyon, anne yaşı (17 yaş altı veya 35 yaş üzeri), preterm doğum öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey, çoğul

gebelik, polihidroamnioz, sigara, alkol, bazı konjenital anomaliler, servikal yetmezlik, ilk trimesterde vajinal kanama ve uterin anomaliler sayılabilir (77).

Preterm doğum tanısı için bazı kriterler mevcuttur: serviks dilatasyonu veya silinmesine yol açan uterus kontraksiyonlarının başlaması, 2-3 cm'den fazla servikal dilatasyon veya %80 den fazla servikal silinmenin olması. Tedavide amaç anne ve fetüsün uygun olan bir merkeze doğum öncesi nakledilmesi ve doğumun uygun şartlarda gerçekleştirilmesidir. Endikasyonu olan gebelerde neonatal enfeksiyonları önlemek amacı ile antibiyotik tedavisinde verilebilir (78).

2.5.4. Plasental Ablasyon

Ablasyo plasenta (AP), normal yerleşimli bir plasentanın fetüsün doğumundan önce ayrılması olarak tanımlanır. AP 1/75-1/226 doğumda bir meydana gelir (79). Klinik tablo vajinal kanama, karın ağrısı, uterin hipertonsite, fetal ölüm ve dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) şeklinde prezente olabilir. Tanı öncelikle klinik olarak konulur, USG ve laboratuvar ile de desteklenir (79). Ablasyo plasenta tanısı konulduğunda hızlıca şokla mücadeleye başlanmalıdır. Tedavide öncelikle intravenöz sıvı replasmanı gerekirse kan transfüzyonu yapılmalıdır. Dekolmanın şiddetine ve fetüsün canlı veya ölü olmasına göre acil doğuma karar verilir. Şayet fetüs ölü ise vajinal doğum yaptırılır. Ablasyo plasenta oluşan anneler koagülopati açısından da takip edilmelidir (79).

2.5.5. Gebeliğin akut yağlı karaciğeri

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK), karaciğer ve böbrekte mikroveziküler yağ infiltrasyonu yaparak karaciğer yetmezliği ve hepatik ensefalopatiye yol açan nadir bir durumdur. Yaklaşık 1/10000 sıklıkla görülür. Genellikle üçüncü trimesterde ortaya çıkan GAYK, en sık 36. gebelik haftasında başlar. Hastaların yaklaşık yarısında preeklampsi veya HELLP sendromu birlikteliği vardır. Özellikle ilk ve/veya çoğul gebeliklerde ve erkek fetüslarda daha sık ortaya çıktığı bildirilmektedir (57,81).

Gebeler, tipik olarak başvurudan 1-2 saat önce başlayan halsizlik, iştahsızlık, şiddeti giderek artan bulantı, kusma, baş ağrısı ve sağ üst kadrın ağrısından yakınırırlar. Fizik muayenede sağ üst kadrın hassasiyeti ve sarılık mevcuttur (81).

Laboratuvar tetkiklerinde, trombositopeni, transaminazlarda yükselme, hiperürisemi, hipoglisemi, hiperbilürubinemi, hiperamonyemi ve kreatin yüksekliği tespit edilebilir. Eşlik eden koagülopati saptanabilir. İdrarda koyu sarı-turuncu renk değişikliği vardır (57).

Ayırıcı tanıda sepsis, trombotik trombositopenik purpura (TTP), hemolitik üremik sendrom (HUS), HELPP sendromu ve ciddi preeklampsi düşünülmelidir (57).

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri tanısı düşünülen hastalar hastaneye yatırılarak yoğun bakım şartlarında takip edilmelidir. Hipoglisemi düzeltilmeli, gerekirse kan tranfüzyonu yapılmalıdır. Anne stabil hale geldiğinde doğum gerçekleştirilmelidir. Fulminan hepatit gelişen gebelerde karaciğer transplantasyonu düşünülebilir, hayat kurtarıcıdır. Akut yağlı karaciğere bağlı ortaya çıkan maternal mortalite günümüzde % 70'lerden % 10'lara kadar düşmüştür (57,81).

2.5.6. HELLP Sendromu

HELLP sendromu; hemoliz, artmış karaciğer enzimleri ve trombosit düşüklüğü ile karakterize bir klinik durumdur. Tüm gebeliklerde görülme sıklığı 1/200'dür. En sık 3. trimesterde görüldüğü bilinmektedir (57,82).

Hastalarda halsizlik, bulantı, kusma ve sağ üst kadran ağrısı vardır. Beraberinde kan basıncı yüksekliği, sarılık, oligüri ve proteinüri de görülebilir. HELPP sendromu tanısı laboratuvar tetkikleri ile konur. Hemoliz bulgularının olması (periferik yaymada şiztozit varlığı, bilirubin ve LDH yüksekliği), trombosit sayısının 100.000'in altında olması ve serum AST düzeyinin 70 IU/L'nin üzerinde olması anlamlıdır. Bunlara ek olarak PT ve PTT değerlerinde hafif yükselme beklenir (57,82).

Ayırıcı tanıda ciddi preeklampsi, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, trombotik trombositopenik purpura (TTP) ve hemolitik üremik sendrom (HÜS) düşünülmelidir (57).

HELLP sendromunun tedavisinde anne ve fetüsün yakın takibi, böbrek fonksiyonlarının izlemi, kan replasmanı ve kan basıncı regülasyonu yapılması gereklidir. İlk tedavi seçeneği doğumdur. HELPP sendromunun komplikasyonları hem anne hem de fetus için oldukça ciddidir. Doğru tanı ve doğum ile hastaların çoğu hızlıca düzelir. DIC (%21), akut renal yetmezlik (%8), pulmoner ödem (%6), ablasyo plesenta (%16) ve subkapsüler karaciğer hematomu (%1) HELLP sendromunun en önemli komplikasyonlarıdır (57,83).

2.5.7. Preeklampsi

Gebelikte en sık görülen komplikasyon hipertansiyon olup tüm gebeliklerin %5-10'unda görülür (84). Preeklampsi; proteinüri ile birlikte 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon gelişmesidir. Ülkemizde de maternal mortalitenin en sık nedeni preeklampsidir (85,86). Eklampsi; preeklampsi'ye konvülziyon eklenmesi olarak tanımlanmaktadır. Gecirilmiş preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, diabetes mellitus, hipertansiyon ve böbrek hastalığı olan gebeler preeklampsi açısından risk altındadır. Bu durumdaki gebelerin sık kan basıncı ve uterin arter doppleri ile yakın takip altında olması gereklidir (85).

Preeklampsi tanısı konulan gebeler hastanede izlenerek klinik tablonun şiddeti belirlenmelidir. Genellikle 37. gebelik haftası ve üzeri hafif hastalık tablosuna sahip olgularda; serviks uygun ve terme yakın ise doğum önerilir. Eğer serviks uygun değil ise anne ve fetüsün yakın izlemde tutulması önerilir. Otuz yedinci gebelik haftasının altındaki hafif preeklampsili olgularda ayaktan takip (haftada 2 kez) önerilir. NST (nonstress test) ve seri USG'ler ile fetal gelişim ve amniyotik sıvının değerlendirilmesi gereklidir (85).

Şiddetli preeklampsi acil obstetrik bir durumdur. Preeklampsi yönetiminde klinik karar için 34. hafta önemlidir. Eğer gebelik süresi 34 hafta üzerinde ise doğum yaptırılmalıdır. 32-34 hafta arasında ise; steroid, antihipertansif tedavi verilir, anne ve bebeğin durumu günlük değerlendirilir. Gebelik 24-32 hafta arası amniyosentez yapılır; fetal matürite tespit edildiğinde acil doğum, immatürite tespit edildiğinde ise steroid uygulanmasından 48 saat sonra doğum yaptırılır. Şiddetli preeklampsi tedavisinde kan basıncı kontrolü için en sık kullanılan ilaç intravenöz hidralazindir. Hidralazin intravenöz kullanılan arteriolar vazodilatör olup her 20 dk'da bir 5-10 mg verilebilir (85,86). Amaç olası serebrovasküler ve/veya kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesidir. Diğer kullanılabilecek antihipertansif ilaçlar ise labetolol, sodyum nitroprussid, nifedipin ve nitrogliserindir (86).

2.5.8. Adneksiyal Torsiyon

Adneksiyel torsiyon; overin ve/veya tubanın kendi etrafında dönmesi sonucu ortaya çıkan cerrahi tedavi gerektiren acil jinekolojik bir patolojidir. Adneksiyal torsiyon sıklığı %2.7 civarındadır (87). Adneksiyal torsiyonda ani başlangıçlı, giderek artan, keskin veya kolik tarzda karın ağrısı vardır. Bulantı ve/veya kusma gibi nonspesifik semptomlar da eşlik edebilir. Over ve/veya tuba nekrozuna, peritonite ve şoka kadar gidebilen ciddi bir klinik tabloya neden olabilir. Bu yüzden hızlıca tanısı konulup erken cerrahi tedavi uygulanmalıdır (88).

Adneksiyal torsiyonlu hastaların karın muayenesinde peritoneal irritasyon bulguları saptanabilir. Doppler USG'de kanlanma olmaması ile tanı konulur. Ancak akımın olması, torsiyon olasılığını dışlamaz. Tedavi cerrahi ekstirpasyon olup over kanlanması bozulmuş, doku ileri derecede ödemli ve nekroze ise ooforektomi veya total abdominal histerektomi-bileteral salpingooforektomi (TAH-BSO) uygulanabilir (88).

2.5.9. Uterus Perforasyonu

Uterus perforasyonu en sık iyatrojenik nedenler ile ortaya çıkar. Olguların büyük çoğunluğu cerrahi işlemler (küretaj, histerometri kullanımı, kriminal abortus küretajı, histeroskopi) sırasında oluşur. Endikasyonu olan olgularda uterotonik etkili ilaçlar ve antibiyotik tedavisi başlanabilir. Eğer perfore olan kısım geniş ise cerrahi müdahale gerekebilir. Laparotomi veya laparoskopi ile müdahale edilebilir (76).

2.5.10. Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH); vulva, vajen ve endoserviksteki mikroorganizmaların endometrium, tuba uterina, over ve komşu yapılara asendan olarak ilerlemesi ile gelişen akut enfeksiyöz bir tablodur (90). PIH bulunan hastaların bir bölümü asemptomatik olduğu için gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Risk faktörleri arasında 25 yaş altında olma, alt genital yol enfeksiyonları, çoklu cinsel eş, üst genital organlara yönelik müdahaleler (dilatasyon ve küretaj, rahim içi araç uygulaması, histerosalpingografi, vaginal duş) yer alır. Tanı ve tedavide geç kalınması infertilite ve daha ağır klinik tablolara neden olabilir (89).

Pelvik inflamatuvar hastalığa neden olan mikroorganizmalar genellikle birden çoktur. *Neisseria gonorrhoeae*, *chlamydia trachomatis*, anaerob mikroorganizmalar (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus* spp.), fakültatif anaerob mikroorganizmalar (*Gardnerella vaginalis*, *Streptokoklar*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) en sık saptanan patojenlerdir (90).

PIH olgularında belirti ve bulgular etkilenen organlara göre değişkenlik gösterir. Asemptomatik olabileceği gibi semptomları hafif olan olgular da mevcuttur. En sık tespit edilen semptom ağrıdır. Fizik muayenede, genellikle bilateral alt kadranlarda hassasiyet vardır. Hastaların yaklaşık %35-40'ında ateş görülebilir. Servisit ve endometritte mukopürülan vajinal akıntı görülür. Geç dönemde klinik tabloya bulantı ve kusma da

eklenebilir. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz, sola kayma, artmış sedimentasyon hızı ve CRP vardır. USG pelvik enfeksiyonların tanısında çoğu zaman yeterli değildir. Bu nedenle BT ve MRG tercih edilebilir ancak PIH tanısının doğrulanmasında altın standart laparoskopidir (91).

Ayırıcı tanıda akut apandisit, ektopik gebelik, divertikülit, enfekte septik abortus, adneksiyal kitle torsiyonu, leiomyom dejenerasyonu, rüptüre korpus luteum kisti, endometriozis, akut üriner sistem enfeksiyonları, enterit ve ülseratif kolit yer alır (90).

Antibiyotik tedavisi kombine antibiyotik tedavisi şeklinde verilir. Amerikan hastalık kontrol ve önleme merkezi (CDC) ayaktan tedavide 14 gün süreyle 2 kez 400 mg oral afloksasin ve günde 2 kez 500 mg metronidazol önermektedir. Diğer tedavi seçenekleri ise 250 mg tek doz i.m. seftriakson veya 2 gr i.m. sefoksitin ile 1 gr probenesid ya da başka bir parenteral 3. kuşak sefalosporin ile 14 gün günde iki kez 100 mg oral doksisiklidir. Yetmiş iki saat içerisinde tedaviye yanıt alınamayan hastalar, gebeler, HIV enfeksiyonu ve pelvik absesi olanlar hastaneye yatırılmalı ve parenteral tedavi verilmelidir (92).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında karın ağrısı nedeni ile başvuran gebe hastaların kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile yapıldı. Çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11 Haziran 2015 tarih ve 2015/99 sayılı kararı ile onay alındı.

Acil servise karın ağrısı nedeni ile başvuran gebeler çalışmaya dahil edildi.

Travma sonrası karın ağrısı nedeni ile başvuranlar, acil servisten doğrudan doğumhaneye ve/veya ameliyathaneye çıkanlar (doğum eylemi başlamış olan gebeler ve acil obstetrik cerrahi endikasyonu olanlar) ile gerekli bilgilere ulaşılamayan gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya dahil edilen gebelere ait bilgilere, hastane otomasyon sistemi aracılığı ile ulaşıldı. Gebeler yaş, gebelik haftası, vital bulgular, karın ağrısına eşlik eden şikayetler, ek hastalıklar, obstetrik öykü, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, acil serviste konulan tanılar, istenilen konsültasyonlar, yatırıldıkları servisler ve tedaviler açısından değerlendirilerek elde edilen veriler çalışma formuna kayıt edildi.

Gebeler demografik veriler, şikayet, fizik muayene, usg bulguları, konsültasyon, tanı, klinik sonuç ile gestasyonel yaş arasında ilişki varlığı bakımından istatistiksel yöntemler ile değerlendirildi.

3.1. Araştırmanın Verisi ve Düzenlenmesi (İstatistiksel Analiz)

Veriler IBM SPSS V.23 ile analiz edildi. Normal dağılım için Shapiro Wilk testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varsyans analizi (ANOVA), normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kategorik verilerin incelenmesinde ise Ki-Kare testi kullanıldı. Veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, ortanca (min-max), frekans ve yüzde olarak sunuldu. Anlamlılık düzeyi

4. BULGULAR

Üç yıllık çalışma süresi boyunca acil servise başvuran toplam hasta sayısı 122430 olup, bunların 3400 (%2)' sini gebeler oluşturmakta idi. Çalışmaya dâhil edilen gebeler acil servise başvuran tüm gebelerin %5.88 (n=200)'ini oluşturmakta idi.

Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin yaş ortalaması 27.1 ± 5.9 iken, ortanca yaş değeri 27 (17-46) idi. Gebelerin 5 (%2.5)'i 18 yaşından küçük, 25 (%12.5)'i 35 yaşından büyük, 170 (%85)'i ise 18-35 yaş aralığında idi.

Gebelerin 62 (%31)'sinin direkt acil servise başvurduğu, 138 (%69)'inin ise sevk edilerek geldiği tespit edildi. Gebeler gestasyonel yaşa göre incelendiğinde 54 (%27)'ünün birinci trimesterde, 74 (%37)'ünün ikinci trimesterde ve 72 (%36)'sinin ise üçüncü trimesterde olduğu tespit edildi. Gebeler obstetrik özellikler açısından değerlendirildiğinde ortanca değerleri; gravida 2 (1-6), parite 0 (0-4), abortus 0 (0-4), ektopik gebelik 0 (0-1), multigravida 0 (0-1), sezeryan 0 (0-2) idi.

Çalışma grubumuzda yer alan gebeler, eşlik eden ek hastalık/hastalıklar bakımından değerlendirildiğinde, 148 (%74)'inde ek hastalık saptanmazken, 16 (%8)'sında geçirilmiş üriner sistem hastalıkları, 14 (%7)'ünde gastrit ve safra kesesi-yolu patolojileri, 7 (%3.5)'sinde geçirilmiş jinekolojik ve/veya obstetrik hastalık, 6 (%3)'sında geçirilmiş karın cerrahisi, 6 (%3)'sında diabetes mellitus (DM) ve 3 (%1.5)'ünde ise hipertansiyon (HT) mevcuttu.

Gebeler vital bulgular bakımından değerlendirildiğinde; sistolik kan basınç ortalamasının 106.2 ± 13.9 mmHg, nabız sayısı ortalamasının 73.9 ± 11.7 / dakika, solunum sayısı ortalamasının 20.8 ± 3.2 /dakika ve ateş değeri ortalamasının 36.5 ± 0.5 °C olduğu görüldü.

Gebeler kan parametreleri açısından değerlendirildiğinde; beyaz küre sayısı ortalama değerinin $10559,3 \pm 3649$, hemoglobin ortalama değerinin 11.6 ± 1.2 g/dl, AST ortalama değerinin $36,3 \pm 6.4$ U/L, ALT ortalama değerinin 28.7 ± 7.9 U/L olduğu belirlendi. Beyaz küre sayısı, gebelerin 130 (%65)'unda normal sınırlarda iken, 70 (%35)'inde yüksek idi. Karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) 'nin ise 11 (%5.5) gebede normal referans değerin üzerinde olduğu saptandı.

Gebelere ait karakteristik özellikler tablo 3 ve tablo 4' de verilmiştir.

Tablo 3. Gebelere ait karakteristik özellikler

Yaş	27.1±5.9
Yaş grupları n (%)	5 (2.5)
18 yaş altı	175 (85)
18-35 yaş arası	25 (12.5)
35 yaş üzeri	
Trimester n (%)	
1. trimester	54 (27)
2. trimester	74 (37)
3. trimester	72 (36)
Başvuru şekli n (%)	
Direkt başvuru	62 (31)
Sevk	138 (69)
Özgeçmiş n (%)	
Özellik yok	148 (74)
Üriner sistem hastalıkları	16 (8)
Gastrit/safra kesesi-yolu patolojileri	14 (7)
Geçirilmiş jinekolojik/obstetrik patoloji	7 (3.5)
Geçirilmiş karın cerrahisi	6 (3)
Diabetes mellitus	6 (3)
Hipertansiyon	3 (1.5)
Acil tedavi n (%)	
Hidrasyon	118(59)
Hidrasyon ve analjezik	64(32)
Hidrasyon ve PPI	10 (5)
Hidrasyon ve lavman	6 (3)
Tedavi verilmedi	2(1)

Tablo 4. Gebelere ait obstetrik özellikler

Obstetrik özellikler	
Gravida	2 (1-6)
Parite	0 (0-4)
Abortus	0 (0-4)
Ektopik gebelik	0 (0-1)
Multigravida	0 (0-1)
Sezeryan	0 (0-2)

Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tamamına TİT yapıldığı, 153 (%76.5)'ünün normal, 46 (%23)'sının enfeksiyon ile uyumlu, 1 (%0.5)'inin ise hematürik olduğu belirlendi.

Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran gebelerde en sık saptanan eşlik eden şikayet bulantı ve kusma (n=135,%67.5) idi. Hastaların 53 (%26.5)'ünde dizüri, 11 (%5.5)'inde vajinal kanama, 6 (%3)'sında sarılık, 5 (%2.5)'inde kabızlık ve 5 (%2.5)'inde ise ishal olduğu tespit edildi.

Karın ağrısına eşlik eden şikayetler ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; vajinal kanamanın (%90) en sık birinci trimesterde, kabızlık (%60) şikayetinin en sık ikinci trimesterde, dizüri (%47.2) şikayetinin ise en sık üçüncü trimesterde görüldüğü saptandı. Sarılık şikayetinin ise her üç trimesterde eşit oranda görüldüğü belirlendi. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Şikayet	Gestasyonel Yaş						Toplam	P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester			
	n	%	n	%	n	%		
Bulantı	21	33.9	24	38.7	17	27.4	62	100
Bulantı ve kusma	33	24.4	49	36.3	53	39.3	135	100
Vajinal kanama	10	90.9	1	9.1	0	0	11	100
Dizüri	9	17	19	35.8	25	47.2	53	100
İshal	1	20	3	60	1	20	5	100
Kabızlık	2	40	3	60	0	0	5	100
Sarılık	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100

Gebelerin ağrı lokalizasyonları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; sağ yan ağrısı (%51.1), sol yan ağrısı (%60), sağ üst kadranda ağrısı (%50) ve epigastrik ağrı (%62.5) şikayetinin en sık üçüncü trimesterde, yaygın karın ağrısı (%40) şikayetinin ise en sık birinci trimesterde görüldüğü belirlendi. Gebelerin ağrı lokalizasyonları ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin ağrı lokalizasyonları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Ağrı lokalizasyonu	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sağ yan ağrısı	6	12.8	17	36.2	24	51.1	47	100	
Sol yan ağrısı	3	20	3	20	9	60	15	100	
Sağ üst kadran ağrısı	5	27.8	4	22.2	9	50	18	100	
Sağ alt kadran ağrısı	18	25.7	30	42.9	22	31.4	70	100	<0.05
Sol alt kadran ağrısı	7	46.7	4	26.7	4	26.7	15	100	
Yaygın ağrı	20	40	15	30	15	30	50	100	
Suprapubik ağrı	4	20	9	45	7	35	20	100	
Epigastrik ağrı	2	12.5	4	25	10	62.5	16	100	

Tablo 7. Fizik muayene bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Fizik muayene bulguları	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sağ üst kadran hassasiyeti	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	100	
Sağ alt kadran hassasiyeti	6	30	8	40	6	30	20	100	
Sol alt kadran hassasiyeti	3	60	2	40	0	0	5	100	
Yaygın hassasiyet	14	33.3	16	38.1	12	28.6	42	100	
Sağ KVAH	3	8.1	16	43.2	18	48.6	37	100	
Sol KVAH	2	22.2	2	22.2	5	55.6	9	100	<0.05
Suprapubik hassasiyet	6	23.1	9	34.6	11	42.3	26	100	
Epigastrik hassasiyet	2	16.7	3	25	7	58.3	12	100	
Sağ alt KH ve rebaund	8	30.8	14	53.8	4	15.4	26	100	
Sağ üst KH ve rebaund	3	37.5	1	12.5	4	50	8	100	
Yaygın h.ve rebaund	6	75	1	12.5	1	12.5	8	100	
Toplam	54	27	74	37	72	36	200	100	

Fizik muayene bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, sağ üst kadran hassasiyetinin en sık üçüncü trimesterde (%57.1), epigastrik hassasiyetin yine en sık üçüncü trimesterde (%58.3), sağ alt kadran hassasiyeti ve rebaundun en sık ikinci trimesterde (%53.8), yaygın hassasiyet ve rebaundun en sık birinci trimesterde (%75) saptandığı

belirlendi. Fizik muayene bulguları ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubumuzda yer alan gebelerde en sık saptanan fizik muayene bulgusu karında yaygın hassasiyet idi ($n=42, \%21$). Gebelerde saptanan diğer fizik muayene bulguları sırası ile sağ kostavertebral açı hassasiyeti ($n=37, \%18.5$), suprapubik hassasiyet ($n=26, \%13$), sağ alt kadranda hassasiyet ve rebaund ($n=26, \%13$), ve sağ alt kadran ($n=20, \%10$) hassasiyeti idi.

Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran gebelere en sık konulan tanıların sırası ile; nonspesifik karın ağrısı 34 ($\%17.1$), İYE 29 ($\%14.6$), renal ektazi 22 ($\%11.1$), akut apandisit 21 ($\%10.6$), İYE ve renal ektazi 12 ($\%6$), abortus imminens 11 ($\%5.5$), gastrit 9 ($\%4.5$), akut kolesistit 7 ($\%3.5$), over torsiyonu 6 ($\%3$), gebelik kolestazi 6 ($\%3$), gastroenterit 5 ($\%2.5$), konstipasyon 5 ($\%2.5$), ektopik gebelik 5 ($\%2.5$), HEG 5 ($\%2.5$), over kisti 4 ($\%2$), preeklampsi 4 ($\%2$), miyom uteri 3 ($\%1.5$), pyelonefrit 3 ($\%1.5$), akut pankreatit 3 ($\%1.5$) olduğu belirlendi. Çalışma grubumuzda yer alan beş gebenin, tetkik ve tedavileri devam ederken, henüz tanıları konulmadan kendi ve/veya yakınlarının istekleri ile hastaneden ayrıldıkları belirlendi.

Akut apandisit tanısı alan hastaların tamamında fizik muayenede sağ alt kadran hassasiyeti ve rebaund olduğu saptandı. Renal ektazi tespit edilen alan hastaların $\% 80$ 'inde sağ KVAH olduğu belirlendi. Akut kolesistit tanısı alan hastaların $\% 85$ 'inde sağ üst KH ve rebaund, gastroenterit veya konstipasyon tanısı alan hastaların tamamında karında yaygın hassasiyet, ektopik gebelik tanısı alan hastaların ise tamamında karında yaygın hassasiyet ve rebaund olduğu tespit edildi.

Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran gebelere acil serviste konulan tanılar ve gestasyonel yaş bakımından karşılaştırıldığında; akut apandisit tanısının en sık ikinci trimesterde, İYE ve renal ektazi tanısının en sık üçüncü trimesterde konulduğu belirlendi. Gebelik kolestazi ve piyelonefrit tanılarının sadece üçüncü trimesterde, miyom uteri ve akut pankreatit tanılarının sadece ikinci trimesterde ve ektopik gebelik tanısının ise sadece birinci trimesterde konulduğu tespit edildi. Over torsiyonu tanısının her üç trimesterde de aynı sıklıkta görüldüğü saptandı. Acil serviste konulan tanılar ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Acil serviste konulan tanı ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Tanı	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nonspesifik karın ağrısı	6	17.6	15	44.1	13	38.2	34	100	<0.05
Akut apandisit	7	33.3	12	57.1	2	9.5	21	100	
İye	8	27.6	9	31	12	41.4	29	100	
Renal ektazi	3	13.6	6	27.3	13	59.1	22	100	
Akut kolesistit	3	42.9	1	14.3	3	42.9	7	100	
iYE ve renal ektazi	0	0	7	58.3	5	41.7	12	100	
Konstipasyon	2	40	3	60	0	0	5	100	
Gastroenterit	1	20	3	60	1	20	5	100	
Gastrit	2	22.2	3	33.3	4	44.4	9	100	
Tanısı belli olmayan	2	40	1	20	2	40	5	100	
Over kisti	0	0	1	25	3	75	4	100	
Abortus imminens	10	90.9	1	9.1	0	0	11	100	
Ektopik gebelik	5	100	0	0	0	0	5	100	
Over torsiyonu	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100	
HEG	3	60	2	40	0	0	5	100	
Preeklampsi	0	0	1	25	3	75	4	100	
Gebelik kolestazi	0	0	0	0	6	100	6	100	
Miyom uteri	0	0	3	100	0	0	3	100	
Akut Pyelonefrit	0	0	0	0	3	100	3	100	
Akut pankreatit	0	0	3	100	0	0	3	100	
Toplam	55	27.1	73	36.7	72	36.2	200	100	

Acil servise karın ağrısı nedeni ile başvuran gebeler USG bulguları açısından değerlendirildiğinde; 130 (% 65) hastanın normal USG bulgularına sahip olduğu, en sık saptanan ultrasonografik patolojinin ise renal ektazi 34 (%17) olduğu belirlendi. Renal ektazi saptanan 34 hastanın 30'unda ektazi sağ tarafta iken sadece iki hastada sol tarafta idi. Ultrasonografik olarak 10 gebede apandisit ile uyumlu görünüm tespit edilirken, 7 gebede ise safra kesesi-yolu ile ilgili patolojiler mevcuttu. Safra kesesi patolojisi saptanan 7 gebenin 5'inde kese duvar kalınlığında artış, 2'sinde ise safra yollarında dilatasyon olduğu belirlendi.

Çalışma grubumuzda yer alan gebelerde USG bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, renal ektazi'nin en sık üçüncü trimesterde (%55.9), akut apandisit'in

sık ikinci trimesterde (%70), ektopik gebeliğin en sık birinci trimesterde (%100) olduğu tespit edildi. USG bulguları ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. USG bulguları ile gestasyonel yaş arasındaki ilişkisi

USG bulguları	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Normal	38	29.2	47	36.2	45	34.6	130	100	<0.05
Renal ektazi	2	5.9	13	38.2	19	55.9	34	100	
Üriner taş	1	50	1	50	0	0	2	100	
Apendisit	2	20	7	70	1	10	10	100	
Safra kesesi patolojileri	3	42.9	1	14.3	3	42.9	7	100	
Over patolojisi+miyom	1	16.7	3	50	2	33.3	6	100	
Ektopik gebelik	5	100	0	0	0	0	5	100	
Over torsiyonu	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100	
Toplam	54	27	74	37	72	36	200	100	

Gebelere kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemleri bakımından değerlendirildiğinde; tüm gebelere USG yapıldığı, hiçbir gebeye direkt grafi ya da BT çekilmediği belirlendi. Çalışma grubumuzda yer alan 10 (%5) gebeye MRG yapılırken, 3 (%1.5) gebeye ise acil şartlarda ERCP uygulandığı belirlendi. MRG yapılan gebelerden 4'üne over torsiyonu, 2'sine ektopik gebelik, 2'sine akut apandisit, 1'ine akut pankreatit ve 1'ine ise torsiyone subserozal miyom tanıları konulduğu tespit edildi.

Ultrasonografik akut apandisit tanısı konulan gebelerin tamamına acil cerrahi operasyon uygulandığı saptandı. USG'de renal ektazi tespit edilen hastaların % 70'ine reçete verilerek taburcu edildiği, %30'unun ise üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum servislerine yatırıldığı belirlendi. Radyolojik olarak over torsiyonu saptanan gebelerin 4'üne acil cerrahi operasyon uygulandığı, 2'sinin ise kadın hastalıkları ve doğum servisine yatırıldığı tespit edildi.

Gebeler acil serviste istenilen konsültasyonlar bakımından değerlendirildiğinde, çalışma grubumuzda yer alan 200 (%100) gebenin tamamının kadın hastalıkları ve doğum bölümü tarafından değerlendirdiği belirlendi. Gebelerin 114 (%57)'ünün genel cerrahi, 35

(%17.5)'inin üroloji, 9 (%4.5)'unun gastroentoloji ve 3 (%1.5)'ünün ise enfeksiyon hastalıkları bölümleri tarafından konsülte edildiği tespit edildi.

Gebeler, istenilen konsültasyonlar ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki bakımından incelendiğinde; genel cerrahi (n=45, %39.5)'den en sık ikinci trimesterde, üroloji (n=18, %51.4)'den ve enfeksiyon hastalıkları (n=3, %100)'ndan ise en sık üçüncü trimesterde konsültasyon istenildiği saptandı. Acil serviste istenilen konsültasyonlar ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı (p<0.05) (Tablo 10).

Tablo 10. Acil serviste istenilen konsültasyonlar ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Konsültasyon	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
KHD	14	35.9	12	30.8	13	33.3	39	100	
KHD ve Genel Cerrahi	37	32.5	45	39.5	32	28.1	114	100	
KHD ve Üroloji	3	8.6	14	40	18	51.4	35	100	<0.05
KHD ve Enfeksiyon	0	0	0	0	3	100	3	100	
KHD ve Gastroenteroloji	0	0	3	33.3	6	66.7	9	100	
Toplam	54	27	74	37	72	36	200	100	

*KHD: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Çalışma grubumuzda yer alan 200 gebeden 115 (%57.5)'inin acil servisten taburcu edildiği, 20 (%10)'sinin acil cerrahi operasyona alındığı, 65 (%32.5)'inin ise çeşitli servislere yatırıldığı belirlendi. Taburcu edilen gebelerden 66 (%33)'sının reçete verilerek, 33 (%16.5)'ünün ise reçete verilmeden taburcu edildiği, 8 (%4) gebenin acil servis takibinin ardından taburcu edildiği ve 8 (%4) gebenin tedavi red form onayı ile hastaneden ayrıldığı tespit edildi. Çalışma grubumuzda yer alan ve servislere yatırılan 65 (%32.5) gebenin 42 (%21)'sinin kadın hastalıkları ve doğum servisine, 11 (%5.5)'inin genel cerrahi servisine, 5 (%2.5)'inin üroloji servisine ve 7 (%3.5)'sinin gastroenteroloji ve enfeksiyon servislerine yatırıldığı belirlendi.

Gebeler klinik sonuç ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki bakımından incelendiğinde; acil cerrahi operasyon ihtiyacının (n=11, %55) en sık ikinci trimesterde, acilden taburculuğun (n=45, %42) en sık ikinci trimesterde ve servislere yatışların (n=27, %42) ise en sık üçüncü

trimesterde olduğu belirlendi. Klinik sonuç ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Klinik sonuç ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Sonuç	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Taburcu	22	20	45	42	40	37	107	100	>0.05
Acil operasyon	6	30	11	55	3	15	20	100	
Tedavi red	3	37.5	3	37.5	2	25	8	100	
Yatış	23	35	15	23	27	42	65	100	
Toplam	54	27	74	37	72	36	200	100	

Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran gebeler yatış yapılan servisler ile gestasyonel yaş ilişkisi bakımından değerlendirildiğinde; kadın hastalıkları ve doğum servisine yatışların birinci ve üçüncü trimesterlerde benzer oranlarda ve sırayla %38.1 ve %40.5, en az yatışın ($n=9$,%21.4) ise ikinci trimesterde olduğunu tespit ettik. Genel cerrahi ($n=6$,%54.4) ve üroloji ($n=3$,%60) servislerine en sık yatışların sırayla birinci ve üçüncü trimesterde olduğu belirlendi. Yatış yapılan servisler ile gestasyonel yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamadı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Yatış yapılan servisler ile gestasyonel yaş arasındaki ilişki

Yatış	Gestasyonel Yaş								P
	1. trimester		2. trimester		3. trimester		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
KH ve doğum servisi	16	38.1	9	21.4	17	40.5	42	100	>0.05
Genel cerrahi servisi	6	54.4	2	18.2	3	27.3	11	100	
Üroloji servisi	1	20	1	20	3	60	5	100	
Enfeksiyon + gastroenteroloji serv.	0	0	3	42.9	4	57.1	7	100	
Toplam	23	35.3	15	23	27	41.5	65	100	

Gebeler acil serviste konulan tanılar ile başvuru şekli arasındaki ilişki bakımından değerlendirildiğinde, akut apandisit tanısı alan gebelerin % 90'ının, akut kolesistit tanısı alan

gebelerin %85.7 'sinin, ektopik gebelik, gebelik kolestazi, akut pyelonefrit, akut pankreatit ve preeklampsi tanısı alan gebelerin ise tamamının sevkli olduğu belirlendi.

Gebeler klinik sonuç ile başvuru şekli arasındaki ilişki bakımından değerlendirildiğinde; acil operasyon uygulanan gebelerin 18 (%90)'inin başka bir sağlık kuruluşundan sevk sonucu acil servise başvurduğu belirlendi. Gebeler servislere yatışlar açısından incelendiğinde; kadın hastalıkları ve doğum servisine yatırılan gebelerin 38 (%90.5)'inin, genel cerrahi servisine yatırılan gebelerin 9 (%81.8)'unun, üroloji servisine yatırılan gebelerin 4 (%80)'ünün, enfeksiyon hastalıkları ve gastroentoloji servisine yatırılan gebelerin tamamının başka bir sağlık kuruluşundan sevk sonucu acil servise başvurdukları tespit edildi. Klinik sonuç ile başvuru şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Klinik sonuç ile başvuru şekli arasındaki ilişki

Sonuç	Başvuru şekli						p
	Direkt başvuru		Sevk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Taburcu	14	42.4	19	57.6	33	100	
Acil serviste takip ve taburcu	6	75	2	25	8	100	
Acil operasyon	2	10	18	90	20	100	
Taburcu ve reçete	29	43.9	37	56.1	66	100	
Tedavi red	4	50	4	50	8	100	<0.05
KH ve doğum yatış	4	9.5	38	90.5	42	100	
Genel cerrahi yatış	2	18.2	9	81.8	11	100	
Üroloji yatış	1	20	4	80	5	100	
Enfeksiyon + gastroentoloji yatış	0	0	7	100	7	100	
Toplam	62	31	138	69	200	100	

Beyaz küre sayısının gebelerin 130 (%65)'unda normal sınırlarda olduğu, 70 (%35)'inde ise yükseldiği belirlendi. Akut apandisit tanısı alan gebelerin % 52,4'ünde, akut kolesistit tanısı alan gebelerin %71.42'sinde, akut piyelonefrit tanısı alan gebelerin % 66.7'inde beyaz küre sayısının yüksek olduğu tespit edildi. İYE, renal ektazi, gastroenterit,

gebelik kolestazi, akut pankreatit ve ektopik gebelik tanısı alan gebelerde beyaz küre sayısının yüksek oranda normal sınırlarda olduğu saptandı.

Çalışma grubumuzda yer alan gebeler başvuru şekli ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişkisi bakımından değerlendirildiğinde, direkt başvuru ile gelen gebelerin sadece 2 (%3.2)'sine acil cerrahi operasyon uygulandığı, başka bir sağlık kuruluşundan sevk sonucu başvuran başvuran gebelerin ise 18 (%13)'üne acil cerrahi operasyon uygulandığı tespit edildi. Başvuru şekli ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Başvuru şekli ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişki

Başvuru Şekli	Acil cerrahi operasyon				Toplam	p
	Uygulanmamış		Uygulanmış			
	n	%	n	%		
Direkt başvuru	60	96.8	2	3.2	62	100
Sevk	120	87	18	13	138	100
Toplam	180	90	20	10	200	100

Çalışma grubumuzda yer alan ve acil cerrahi operasyon uygulanan gebeler değerlendirildiğinde, gebelerin 14 (%70)'ünün akut apandisit, 4 (%20)'ünün over torsiyonu ve 2 (%10)'sinin ektopik gebelik nedeni ile opere edildiği saptandı.

Çalışma grubumuzda yer alan gebeler gestasyonel yaş ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişki bakımından değerlendirildiğinde, birinci trimesterde 6 (%11.1), ikinci trimesterde 11 (%14.9) ve üçüncü trimesterde ise 3 (%4.2) gebeye acil cerrahi operasyon yapıldığı uygulandığı belirlendi. Acil cerrahi operasyon ihtiyacının en sık ikinci trimesterde ortaya çıktığı tespit edildi. Gestasyonel yaş ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Gestasyonel yaş ile acil cerrahi operasyon ihtiyacı arasındaki ilişki

Gestasyonel yaş	Acil cerrahi operasyon						p
	Uygulanmamış		Uygulanmış		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Birinci trimester	48	88.9	6	11.1	54	100	>0.05
İkinci trimester	63	85.1	11	14.9	74	100	
Üçüncü trimester	69	95.8	3	4.2	72	100	
Toplam	180	90	20	10	200	100	

5. TARTIŞMA

Karın ağrısı; gastrointestinal sistem hastalıklarında en sık görülen ve hastanın sağlık kuruluşuna ve/veya doktora başvurmasına yol açan başlıca yakınmadır (1). AK ise kısa sürede, ani gelişen ve cerrahi girişim gerektirebilecek non-travmatik bir durumu belirtir (2). Gebelikte AK insidansının 500-635 olguda 1 olduğu bildirilmiştir (25,26,27).

Gebelik sırasında görülen AK nedenleri gebe olmayan kadınlar ile benzer olmasına rağmen, tanı ve tedavi yöntemleri gebe olmayan kadınlara göre farklılık gösterir (1,2). Gebelik sırasında oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin sonuçları da etkilemektedir. Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan değişiklikler, uterusun karın içi organlara basısı ve gebeliğin neden olduğu psikolojik değişiklikler karın ağrısına neden olan etiyolojik faktörün belirlenmesini zorlaştırabilir. Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran bir gebede, ağrıya neden olan etiyolojik faktörlerin ayırıcı tanısında; obstetrik ve non-obstetrik nedenlerin ayırımı yapılmalıdır. Gebelikte AK tanı ve tedavisi hem fetus hem de anne hayatı için önem taşır. Tanı için yapılacak olan işlem ve girişimler fetal irritasyon ve strese neden olabileceğinden tetkikler dikkatle gözden geçirilerek planlanmalıdır. Erken, hızlı ve uygun tedavinin uygulanması da oldukça önemlidir. Gecikmiş tanı ve tedavi maternal morbidite, mortalite, fetal kayıp ve erken doğum riskine yol olabilir.

Akut apandisit, gebelikte en sık görülen nonobstetrik patolojidir. Gebelikte akut apandisit görülme sıklığı 1/568-1/1500 arasında değişmektedir (30). Çalışma grubumuzda 21 (%10.6) gebenin akut apandisit tanısı aldığı saptandı. Akut apandisit tüm trimesterlerde görülebilmesine rağmen ikinci trimesterde görülme sıklığı biraz daha fazladır (31). Tiryaki ve ark.(93) yaptıkları çalışmada tüm gebe olgularının % 10'unun birinci trimesterde, %50'sinin ikinci trimesterde ve %40'ının üçüncü trimesterde akut apandisit tanısı aldığını bildirmişlerdir. Miloudi ve ark. (94) yaptıkları çalışmada olgularının %51,7'sinin ikinci trimesterde akut apandisit tanısı aldığını bildirmişlerdir. Bizim çalışma grubumuzda da benzer şekilde olguların %33.3'ü birinci trimesterde, %52.3'ü ikinci trimesterde, %14.2'sinin ise üçüncü trimesterde tanı aldığı belirlendi. Çalışma grubumuzdan elde edilen veriler, hem ulusal hem de uluslararası güncel literatür verileri ile uyumlu ve benzer şekilde olup, gebe olguların yaklaşık yarısı ikinci trimesterde akut apandisit tanısı almışlardı.

Gebelerde akut apandisitte en sık ortaya çıkan semptomlar bulantı, kusma, ateş, iştahsızlık, epigastrik bölgede veya alt kadranslarda ağrıdır. Bununla birlikte akut apandisit

bulgularından olan bulantı, kusma ve iştahsızlık gebeliğin ilk üç ayında normal gebelik seyrindedeki sık görülen semptomlar olduğu için tanısız olma özellikleri daha düşüktür. Gebelerde ikinci ve üçüncü trimesterde bulantı ve kusma görülmesi durumunda eşlik eden ikincil bir durumun varlığına şüphe ile yaklaşılmalıdır (33,34). Rebarber ve ark. (95) 720 gebe ile yaptıkları ve olguların semptomlarını değerlendirdikleri bir metaanaliz çalışmasında olguların % 96'sında karın ağrısı şikâyeti olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada olguların %75'inde sağ alt kadranda ve % 20'sinde ise sağ üst kadranda ağrısı bulunduğunu, % 85' ine bulantı, % 70'ine kusma, % 65'ine iştahsızlık ve % 8'ine de dizüri yakınmasının eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tamamında karın ağrısı mevcuttu. Gebelerin %90.6 'sında sağ alt kadranda ağrısı, % 9.4'ünde sağ üst kadranda ağrısı, % 80' ine eşlik eden bulantı-kusma ve % 33.3'ünde ise eşlik eden iştahsızlık saptandı. Çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçlar literatür ile benzer olup, oransal farklılıkların çalışma gruplarındaki gebe sayılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Gebe bir kadında appendiks ile karın ön duvarı arasına uterusun girmesi ve karın duvarının distansiyonu sonucu fizik muayene bulguları anlamlı olmayabilir. Karın muayenesinde hassasiyet, defans ve rebound olguların yaklaşık %70'inde saptanır. Hassasiyet en sık ve en güvenilir bulgu olmakla birlikte nadiren bulunmayabilir (34,35). Rebarber ve ark. (95) yaptıkları metaanaliz çalışmasında, olguların % 85'inde sağ alt kadranda hassasiyeti, % 80'inde rebound, % 50'sinde defans, %20'sinde sağ üst kadranda hassasiyeti, % 20'sinde de 37.8 C'nin üzerinde ateş saptadıklarını bildirmişlerdir (95). Bizde çalışma grubumuzda benzer şekilde hastaların % 90.6 'sında sağ alt kadranda hassasiyeti, % 80 'inde rebound, % 33.3'ünde defans, % 9.4'ünde sağ üst kadranda hassasiyeti ve % 14.2'sinde 37.8 C'n in üzerinde ateş varlığını tespit ettik. Çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçlar genel olarak güncel literatür verileri ile uyumlu idi.

Akut apandisitli gebeler ile ilgili yapılan çalışmalarda lökositozun daha sık görüldüğü gibi genel istatistiksel bir sonuç ortaya çıkmasına karşın, bu durum gebelik sırasındaki fizyolojik değişiklikler ile de ilişkili olabilir (32). Normal gebelik seyrinde kan lökosit değerlerinin 20.000/UL'ye kadar ulaştığı bilinmektedir (96). Bu nedenle akut apandisit tanısı düşünülen gebelerde lökositoz varlığı tanıyı çok destekleyici bir bulgu değildir (96). Atila ve ark. (96) akut apandisitli gebelerle ilgili yaptıkları çalışmada ortalama lökosit sayısının 15.100/UL olduğunu bildirmişlerdir. Yağcı ve ark. (97) ise yaptıkları çalışmada, gebelerin tamamında lökositoz saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin %61,9'unda lökositoz tespit edildi.

Gebelerde akut apandisit tanısında en çok tercih edilen görüntüleme yöntemi USG'dir (35,37). Lim ve ark. (93) akut apandisit şüphesi olan 45 gebe ile yaptıkları çalışmada, USG'nin %100 sensitif, %96 spesifik olduğunu ve sadece 3 (%7) hastada nondiagnostik ultrasonografik sonuçlar elde ettiklerini bildirmişlerdir. Zhang ve ark. (93) bildirdikleri 65 olguluk seride, 26 (%40) gebede akut apandisit tanısı USG ile konulabilmiştir. Tiryaki ve ark.(93) yaptıkları çalışmada USG yapılan 8 hastanın 5 (%62.5)'inde akut apandisit saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan ve USG yapılan 21 gebenin 10 (%47.6)'unda ultrasonografik olarak akut apandisit tespit edildi. Ultrasonografik olarak akut apandisit tanısı konulan 10 gebenin tamamına acil cerrahi operasyon uygulandı. Çalışma grubumuzdaki gebelerden elde edilen sonuçlar güncel literatür verileri ile uyumlu idi.

Akut apandisit, gebelik döneminde acil cerrahi girişim gerektiren en sık nonobstetrik patolojidir (30,31). Ünal ve ark. (98) akut karın tanısı ile acil cerrahi operasyon uygulanan 20 gebe ile yaptıkları çalışmada, en sık saptadıkları tanının a. apandisit olduğunu bildirmişlerdir (%30). Çalışma grubumuzda yer alan gebelerde en sık cerrahi girişim gerektirdiği tespit edilen tanı akut apandisit (%70) idi.

Akut kolesistit, gebelerde görülen ikinci en sık cerrahi patolojidir. Olguların çok büyük bir kısmında (% 95) etiyolojik faktörün safra taşı olduğu bildirilmektedir (28). Çalışma grubumuzda akut kolesistit tanısı alan 7 gebenin tamamında etiyolojik faktörün safra taşı olduğu tespit edildi. Akut kolesistitli hastalar acil servise sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve sarılık gibi semptomlarla başvururlar (25,43). Şeker ve ark. (99) 21 olgu ile yaptıkları çalışmada akut kolesistitte en sık saptanan şikâyetin tüm olgularda görülen sağ üst kadranda ağrısı olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların büyük bir kısmında (%71.4) hastada bulantı ve kusmada tespit edildiği bildirilmiştir. Çalışma grubumuzda da benzer şekilde hastaneye başvuru sırasında en sık saptanan şikâyetin tüm gebelerde görülen sağ üst kadranda ağrısı olduğu tespit edildi. Aynı zamanda gebelerin tamamında bulantı ve kusma şikâyetide mevcuttu. Akut kolesistitte laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımında genellikle lökosit sayısında artış görülür (32,99). Şeker ve ark.(99) yaptıkları çalışmada hastaların tamamında lökosit sayısında artış tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki gebelerin büyük bir kısmında (%71.4) lökosit sayısında artış tespit edildi.

Akut kolesistit tanısı için en sık kullanılan görüntüleme yöntemi USG'dir. Ultrasonografik incelemede en sık saptanan patolojik bulgu ise kese duvar kalınlığında artıştır

(32). Şeker ve ark. (99) yaptıkları çalışmada olguların tamamına ultrasonografik inceleme yapıldığı ve büyük bir kısmında (%85,7) kese duvar kalınlığında artış tespit edildiği bildirilmiştir (99). Çalışma grubumuzda da benzer şekilde hastaların tamamına ultrasonografik inceleme yapıldı ve 5 (%71.4)'inde kese duvar kalınlığında artış tespit edildi. Akut kolesistit tanısında USG kullanımı ile ilgili çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçlar literatür verileri ile uyumlu idi.

Gebelik sırasında oluşan akut kolesistit ataklarının yönetiminde medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılabilir. Hastaların büyük bir çoğunluğu medikal tedaviden fayda görmektedir. Şeker ve ark. (99) aynı çalışmada 17 (%80.9) gebede medikal ve 4 (%19.1) gebeye ise cerrahi tedavi uyguladıklarını bildirmişlerdir (99). Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tamamına medikal tedavi uygulandığı, hiçbir gebede cerrahi girişim ihtiyacı olmadığı belirlendi.

Akut pankreatit gebelikte nadir olup en sık gebeliğin üçüncü trimesterinde ve postpartum dönemde görülür. Akut pankreatitin erken gebelik döneminde de görülebildiği bildirilmektedir (28,45). Ramin ve ark. (100) 43 gebe ile yaptıkları çalışmada; gebelerin 8 (%19)'inin birinci trimesterde, 11 (%26)'inin ikinci trimesterde, 23 (%53)'ünün üçüncü trimesterde ve sadece 1 (%2)'inin ise postpartum dönemde akut pankreatit tanısı aldığı bildirilmiştir. Çelik ve ark. (101) yaptıkları çalışmada AP olgularını ikinci trimesterde tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan ve akut pankreatit saptanan 3 gebesinde ikinci trimesterde olduğu belirlendi. Çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçlar; gebelerde akut pankreatit görülme sıklığının ikinci trimesterde daha fazla olması bakımından literatür ile benzerdi. Çalışmalar arası dağılımsal farklılıkların; çalışmamızın karın ağrısı gebeler ile, diğer referans çalışmaların ise sadece akut pankreatitli gebeler ile yapılmış olması ile açıklanabilir.

Gebelerde akut pankreatitin en sık sebebi safra taşıdır (46). Ramin ve ark. yaptıkları çalışmada 29 (%68) gebede biliyer pankreatit tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Kim ve ark. (102) ise yaptıkları çalışmada akut pankreatitli olguların idiyopatik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan akut pankreatitli gebelerin tamamında etiolojik faktörün safra taşı olduğu tespit edildi.

Akut pankreatitte sırta vuran kuşak tarzında epigastrik ağrı tipik olup, ağrıya en sık bulantı ve kusma eşlik eder (46,47). Ramin ve ark. (100) gebelikte akut pankreatit ile ilgili yaptıkları çalışmada, gebelerin %40'ında sırta vuran tipik ağrı tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışma grubumuzda yer alan akut pankreatitli gebelerin tamamında sırtta vuran tipik ağrı mevcuttu. Çalışmalar arası oransal farklılıklar; Ramin ve ark. (100) sadece akut pankreatitli gebeler ile bizim ise karın ağrılı tüm gebeler ile çalışma yapmış olmamız ile açıklanabilir.

Akut pankreatit tanısı için pankreatik enzim düzeylerine bakılması önerilir. Serum amilaz ve/veya lipaz seviyelerinin üç veya daha fazla kez normalden yüksek seyretmesi akut pankreatit için tanısaldır (80). Ramin ve ark. (100) yaptıkları çalışmada gebelerin büyük bir kısmında (%84) pankreatik amilaz ve lipaz düzeylerini yüksek saptadıklarını bildirmişlerdir. Çelik ve ark. (101) bildirdikleri akut pankreatitli bir olguda pankreatik enzim düzeylerinin yükselmiş olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan akut pankreatitli gebelerin tamamında pankreatik enzim düzeylerinde artış tespit edildi. Gebelerde akut pankreatit tedavisi öncelikle medikal olup olguların yaklaşık % 90'ı bu tedaviye cevap verir (48). Ramin ve ark. (100) yaptıkları çalışmada, akut pankreatitli gebelerin yaklaşık 1/5'ine cerrahi tedavi uygulandığını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan akut pankreatitli gebelerin tamamına medikal tedavi uygulandığını belirlendi. Tedavi yaklaşımları arasındaki oransal farkların Ramin ve ark.(100) yaptığı çalışmanın izole akut pankreatitli gebeler ile ilgili olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz görülme sıklığının 1000-10000 doğumda bir olduğu bildirilmektedir. İntrahepatik kolestaz olgularının % 80'i üçüncü trimesterde 30. gestasyonel haftadan sonra ortaya çıkmaktadır. Yirmi beşinci gestasyonel haftadan önce olması oldukça nadirdir (57,103). Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin 6 (%3)'sına gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz tanısı konuldu. Artunc ve ark. (103) yaptıkları çalışmada olgularının gebelik haftalarının 30-34 arasında olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tanı aldıkları gebelik haftaları üçüncü trimester içerisinde 30-36. haftalar arasında idi. Gebelik kolestazı saptanan olgularda en önemli semptom kaşıntıdır. Dağ ve ark. (104) yaptıkları çalışmada tanı koydukları olgularda ilk ve en sık görülen semptomun kaşıntı olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan ve gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz tanısı konulan altı gebenin beşinde kaşıntı şikâyeti mevcuttu.

Gebeliğe bağlı intrahepatik kolestazda, serum transaminaz düzeyleri 250 U/L' yi aşmayacak şekilde artarken, olguların % 20 'sinde eşlik eden hiperbilirubinemi görülür (57). Artunc ve ark. (103) yaptıkları çalışmada kolestazlı olguların serum toplam bilirubin seviyelerinin 1.24-3.18 mg/dl ve transaminaz düzeylerinin ise 55-243 U/L aralığında

olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerde serum transaminaz düzeylerinin benzer şekilde, 55-255 U/L aralığında olduğu, ancak serum toplam bilirubin düzeylerinin ise normal sınırlarda olduğu tespit edildi.

Gebeliğe bağlı intrahepatik kolestazda karın USG'si normal sınırlarda olup ayırıcı tanıda diğer etiyolojik nedenleri dışlamak için kullanılır (57). Dağ ve ark. (104) gebeliğin intrahepatik kolestazı ve yönetimi ile ilgili yaptıkları çalışmada olguların USG bulgularının normal sınırlarda olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan altı intrahepatik kolestazlı gebenin USG bulguları normal sınırlarda idi.

İdrar yolu enfeksiyonu gebelikte en sık rastlanan akut karını taklit eden durumlardan biridir. Oladeinde ve ark. (105) yaptıkları çalışmada gebelerde %55 oranında İYE saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda en sık konulan tanı idrar yolu enfeksiyonu (%20.6) idi. Tadese ve ark. (106) yaptıkları çalışmada gebelerin en sık ikinci (%41) ve üçüncü (%45.1) trimesterde tanı aldıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki gebelerinde benzer şekilde en sık ikinci (%37.9) ve üçüncü trimesterde (%44.8) tanı aldığı tespit edildi. Gebelikte İYE bulguları arasında suprapubik ağrı, sık idrara çıkma ve dizüri yer alır. Jido TA. ve ark. (107) yaptıkları çalışmada gebelerin % 79'unda sık idrara çıkma, %73,1'inde suprapubik ağrı ve %53.1' inde dizüri tespit ettiklerini, en sık görülen semptomun ise sık idrara çıkma olduğunu bildirmişlerdir. Gebelerin % 62'sinde sık idrara çıkma, %51.7' sinde suprapubik ağrı ve %86.2'sinde dizüri tespit edilirken, en sık görülen semptom dizüri idi. Jido TA. ve ark. (107) yaptıkları çalışmada gebelerin tamamına idrar tetkiki yaptıklarını, %52.6'sında nitrit pozitif ve %82.1'inde ise lökosit esteraz pozitif saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki gebelerin tamamına idrar tetkiki yapıldığı,% 62'sinde nitrit pozitif ve %86,2'inde lökosit esteraz pozitif olduğu belirlendi.

Akut piyelonefrit tüm gebelerin % 1-2'sinde görülür (63,65). Çalışmamızda üç gebenin akut piyelonefrit (%1,5) tanısı aldığı belirlendi. Akut piyelonefrit hidronefroz ve idrar yollarında stazın en fazla olduğu ikinci ve üçüncü trimesterde daha sık görülür (62,65). Artero ve ark. (108) 50 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin 43 (%86)'ünün ikinci ve üçüncü trimesterde tanı aldığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde çalışma grubumuzdaki gebelerin üçünün de üçüncü timesterde tanı aldığı belirlendi. Artero ve ark. (108) gebelerin 38 (%76)'inde ateş, 40 (%80)'ında yan ağrısı ve 32 (%64)' sinde lökositoz tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki gebelerin üçünde de ateş, yan ağrısı ve lökositoz olduğu belirlendi.

Akut piyelonefrit tanısında USG önemlidir. Artero ve ark. (108) gebelerin %78'ine USG yapıldığını, USG yapılanların ise % 82'sinde radyolojik (ultrasonografik) piyelonefrit bulguları tespit edildiğini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan ve akut pyelonefrit tanısı konulan üç gebede de radyolojik (ultrasonografik) piyelonefrit bulguları olduğu belirlendi. Akut piyelonefrit tanısı konulan gebelerin takip ve tedavisi hastaneye yatırılarak yapılmalıdır. Aynı çalışmada gebelerin tamamının hastaneye yatırılarak tedavi edildiği bildirilmiştir (108). Benzer şekilde çalışma grubumuzdaki gebelerin üçü de hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir.

Gebelik sırasında hormonal ve mekanik nedenlerden dolayı üreterlerin ve pelvikaliksiyel sistemin dilatasyonu sık görülmektedir. Gebeliğin 6-10. haftalarında başlayan dilatasyon 26-28. haftalara gelindiğinde gebe kadınların % 90'ında USG'de saptanabilir hale gelir (70,71). Yıldırım ve ark. (109) 59 gebe ile yaptıkları bir çalışmada gebelerin % 69'unda renal ektazi tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda da en sık saptanan USG bulgusunun renal ektazi (%17) olduğu belirlendi. Faundes ve ark. (110) 1506 gebe ve 181 postpartum kadın ile yapılan prospektif bir çalışmada, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde % 50 oranında üriner sistem dilatasyonu saptandığı bildirilmiştir. Deveci ve ark. (111) yaptıkları çalışmada 27 hastanın 1 (%3.8)'inde birinci trimesterde, 10 (%38.4)'unda ikinci trimesterde ve 16 (%61.5)'sında ise üçüncü trimesterde hidronefroz saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin 2 (%5.8)'sinde birinci trimesterde, 13 (%38.2)'ünde ikinci trimesterde, 19 (%55.8)' unda ise üçüncü trimesterde hidronefroz saptandığı belirlendi. Deveci ve ark. (111) çalışmalarında yer alan hastaların 14 (%53.8)'ünde hidronefroz ile birlikte İYE'de tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin 12 (%35.2) 'sinde hidronefrozla ile birlikte İYE tespit edildi. Çalışma grubumuzdan elde edilen sonuçlar güncel literatür verileri ile uyumlu idi.

Gebeliğe bağlı hidronefroz genellikle sağ tarafta görülür (70,71). Bunun gebelik sırasında ortaya çıkan uterusun sağa rotasyonu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Deveci ve ark. (111) yaptıkları çalışmada 16 (%61.5) gebede izole sağ böbrek dilatasyonu, 2 (%7.6) gebede izole sol böbrek dilatasyonu ve sekiz (%30.7) gebede ise bilateral hidronefroz tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin benzer şekilde 30 (%88)'unda sağ böbrek dilatasyonu, 2 (%6)'sinde sol böbrek dilatasyonu ve 2 (%6)'sinde de bilateral hidronefroz tesbit edildiği belirlendi.

Deveci ve ark. (111) yaptıkları çalışmada sadece bir gebede kreatinin yüksekliği tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tamamında kreatinin değerleri normal sınırlarda idi. Gebelik hidronefrozu zorunlu haller dışında konservatif yöntemler ile tedavi edilir. Konservatif tedaviye rağmen semptomlarda gerileme olmazsa invaziv yöntemler uygulanabilir. Deveci ve ark. (111) çalışma yaptıkları gebelerin 12 (%46.1)'sine double J stend (DJS) yerleştirildiğini bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin sadece 3 (%8.8) 'üne DJS uygulandığı, 31 (%91.2) gebenin konservatif olarak takip edildiği belirlendi.

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde over torsiyonu görülmesi çok nadirdir. Over torsiyonlarının %10-20 'si gebelik sırasında ve özellikle de birinci trimesterde ortaya çıkar. Chang ve ark. (112) yaptıkları çalışmada gebelerin % 75' inin 20. gebelik haftasından önce over torsiyonu tanısı aldığını bildirmişlerdir. Smorgick ve ark. (113) 38 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %55,3'ünün birinci trimesterde, %34,2'sinin ikinci trimesterde ve %10,5'inin ise üçüncü trimesterde over torsiyonu tanısı aldıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda yer alan 6 (%3) gebenin over torsiyonu tanısı aldığı, bunların 3'ünün birinci trimesterde, 2'sinin ikinci trimesterde ve 1'inin ise üçüncü trimesterde olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlar güncel literatür verileri ile uyumlu idi.

Over torsiyonu tanısında fizik muayene ve laboratuvar bulgularının genellikle nonspesifik olduğu bilinmektedir (88,114). Smorgick ve ark. (113) yaptıkları çalışmada over torsiyonu saptanan gebelerin tamamında karın ağrısı şikâyetinin bulunduğu ve %57.9 'una bulantı-kusmanın eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Morton ve ark. (114) yaptıkları çalışmada over torsiyonlu gebelerin tamamında karın ağrısı şikâyetinin bulunduğunu, %85'ine bulantı-kusma eşlik ettiğini, %36'sında ise lökositoz saptandığını bildirmişler. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerde de benzer şekilde gebelerin tamamında karın ağrısı şikâyetinin bulunduğu, %83,3'üne bulantı -kusmanın eşlik ettiği ve % 50'sinde ise lökositoz saptandığı belirlendi.

Son dönemde yapılan çalışmalarda, gebe akut karın olgularında MRG'nin yüksek doğruluk oranları ile kullanılabilirliği raporlanmıştır (115,116). Gebe akut karın olgularında USG ile MRG'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada USG, MRG'ye göre daha az etkin bulunmuştur (115). Gebelerde geç trimester over torsiyonu şüphesi varsa, MRG tanıya yardımcı olabilir (115). Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin tamamına ultrasonografik inceleme yapıldığı ancak 4 gebede over torsiyonu tanısının MRG ile konulduğu belirlendi.

Çalışmamızın en önemli kısıtlayıcı faktörleri, retrospektif bir çalışma olması, bazı gebelere ait bilgilere ulaşamaması, tek merkezli bir çalışma olması ve literatürde az sayıda benzer çalışma olması idi.

Sonuç olarak; çalışmamız karın ağrılı gebelerin acil servis başvuruları içindeki sıklığı, kliniği, tanı ve tedavisi ile ilgili verileri ortaya koymaktadır. Gebelerde ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler nedeni ile şikayetlerin gebeliğe bağlanabileceği, titizlikle alınan anamnez ve saptanan fizik muayene bulgularının tanıdaki yerinin tartışılmaz olduğu bilinmektedir. Erken tanı ve tedavi uygulanması anne-fetüs mortalite ve morbitesini en aza indirecektir. Tanı için yapılması planlanan tetkikler dikkatle seçilmelidir. Çalışmamızın; ülkemizde, benzer çalışmaların az sayıda oluşundan dolayı bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından da önemli olduğu söylenebilir.

6. SONUÇLAR

1. Üç yıllık çalışma süresi boyunca acil servise başvuran gebelerin %5.88'i çalışma grubuna dahil edildi.
2. En sık saptanan eşlik eden şikayet bulantı ve kusma idi.
3. En sık saptanan fizik muayene bulgusu karında yaygın hassasiyet idi.
4. En sık konulan tanı nonspesifik karın ağrısı idi.
5. Akut apandisit tanısının en sık ikinci trimesterde konulduğu belirlendi.
6. İdrar yolu enfeksiyonu ve renal ektazi tanısının en sık üçüncü trimesterde konulduğu belirlendi.
7. Acil servise başvuran tüm karın ağrılı gebelere ultrasonografi yapıldığı belirlendi.
8. Çalışma grubumuzda yer alan gebelerin % 65'i normal ultrasonografi bulgularına sahip idi.
9. En sık saptanan ultrasonografik patoloji renal ektazi idi.
10. Gebelerde en sık saptanan acil cerrahi patoloji akut apandisit idi.
11. Gebelere en sık ikinci trimesterde acil cerrahi operasyon uygulandığı belirlendi.
12. Ultrasonografi ile akut apandisit tanısı konulan gebelerin tamamına acil cerrahi operasyon uygulandığı saptandı.
13. Acil cerrahi operasyon uygulanan gebelerin %90'ının başka bir sağlık kuruluşundan sevk sonucu acil servise başvurduğu belirlendi.

7. KAYNAKLAR

1. Golstein PE, Askenasi R. Abdominal pain. In: Crremer M, et al (eds). Gastroenterology and hepatology. 8 th ed, McGraw-Hill, 1999; 35-47.
2. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Acute abdominal pain. In: Feldman M, et al (eds). Gastrointestinal and liver disease. 8 th ed, Saunders, Philadelphia, 2007; 90-98.
3. Emet M, Eroğlu B, Aslan Ő. Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım. The Eurasian Journal of medicine. 2007; 39: 136-141.
4. Doherty GM, Boey JH. The acute abdomen. In: Way L, et al (eds). Current Surgical Diagnosis and Treatment. 11 th ed, McGraw-Hill, 2003; 503-516.
5. Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. Med Clin N Am. 2006; 90: 481-503.
6. Battle EH, Yeaton P. Abdominal pain. In: Brandt LJ (eds). Clinical Practice of Gastroenterology. 5 th ed, Philadelphia, 1999; 210-214.
7. Aktan H. Abdominal ağrı; Gastroenteroloji. 2. baskı, Ankara, Makro yayıncılık.1988; 1-11.
8. Kapıcıoğlu S. Karın ağrısı ve akut karın. 4.baskı, Ankara, Hekimler yayın birliği.1993; 23-39.
9. Menteş A. Akut Karın: Temel Cerrahi. 2. baskı, Ankara, Guneş Kitabevi. 1998; 273-282.
10. Martin R, Rossi R. The acute abdomen: An overview and algorithms. Surg Clin North Amer. 1997; 77: 1227-1245.
11. Duphy JE. Acute Abdomen. In: Way L(eds). Current Surgical Diagnosis and Treatment. 6 th ed, California, 1983;412-443.
12. Akdoğan A, Aras D, Bayramoğlu E. Akut karın tabloları. 2. baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 1998; 273-282.
13. Maglinte DDT, Balthazar EJ, Kelvin FM. The role of radiography in the diagnosis of small bowel obstruction. AJR. 1997; 168: 1171-1180.
14. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ. Revised estimate of diagnostic test sensitivity and spesificity in suspected biliary tract disease. Arch Inten Med. 1994; 154: 2573-2579
15. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. Radiology. 2002; 225:159-164.
16. Amy A Flick, Daniel A.Kahn. Gebelik Sirasında Maternal Fizyoloji. In: Rabow MW, et al (eds). Current diagnosis and treatment. 53 th ed, McGraw-Hill, 2014; 163-179.

17. Torgersen KL, Curran CA. A systematic approach to the physiologic adaptations of pregnancy. *Crit Care Nurs Q*. 2006; 29(1): 2-19.
18. Chang J, Streitman D. Physiologic adaptations to pregnancy. *Neurol Clin*. 2012; 30(3): 781-789.
19. Wong CA, Loffredi M, Ganchiff JN, et al. Gastric emptying of water in term pregnancy. *Anesthesiology*. 2002; 96(6): 1395-1400.
20. Fagan EA. Diseases of liver, blier system and pancreas. *Maternal and fetal medicine*. 1994;32: 1040-1061.
21. Cohen S. The sluggish gallbladder of pregnancy. *N Engl J Med*. 1980; 25: 302-397.
22. Singletary BK, Van Thiel DH. Estrogen and progestrone receptors in human gallbladder. *Hepatology*. 1986; 6: 574-578.
23. Klein KB. Pancreatits in pregnancy. In: Rustgi VK (eds). *Gastrointestinal and hepatic complications in pregnancy*. 5 th ed, Philadelphia, 1996;138-155.
24. Laraki M, Harti A, Bouderkha MA. Acute pancreatits and pregnancy. *Rev fr Gynecol Obstet*. 1993;88: 514-516.
25. Augustin G, Majerovic M. Non obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 131(1): 1-4
26. Coleman NT, Trianfo VA, Rund DA. Nonobstetric emergencies in pregnancy: trauma and surgical conditions. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:497–502.
27. Kammerer W. Nonobstetric surgery during pregnancy. *Med Clin North Am*. 1979;63: 1157–1164.
28. Tarraza HM, Moore RD. Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surg Clin North Am*. 1997; 77(6): 1371-1392.
29. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 131 (1): 4-12.
30. Mourad J, Elliot JP, Erikson L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(5): 1027–1029.
31. Al-Mulhim AA. Acute appendicitis in pregnancy. A review of 52 cases: *Intern Surg*. 1996; 81: 295-297.
32. Speichinger E, Holschneider C.H. Gebelerde cerrahi Hastalıklar. In: Rabow MW, et al (eds). *Current diagnosis and treatment*. 53 th ed, McGraw-Hill, 2014; 433-454.
33. Gilo NB, Amini D, Landy HJ. Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(4): 586-596.

34. Cunningham FG, McCubbin JH. Appendicitis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1975;45: 415–420.
35. Parangi S, Levine D, Henry A. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg.* 2007; 193 (2): 223-232.
36. Alders N. A sign for diferentiating uterine from extrauterine complication of pregnancy. *British Med J.* 1951; 2: 1194.
37. Yavuz N, Erguney S. A.apandisit. In: Kalafat H (eds). *Güncel Bilgiler: intraabdominal enfeksiyonlar.* 23 th ed, Bilimsel Tıp, 2005; 23-45.
38. Babaknia A, Parsa H, Woodru JD. Appendicitis during pregnancy. *Obst Gynecol.* 1977; 50: 40-44.
39. Viktrup L, Hee P. Appendicitis during pregnancy. *Am J Obst Gynecol.* 2001; 185(1): 259-260.
40. Andersen B, Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: Diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78: 758-762.
41. Mourad J, Elliott JP, Erickson L. Appendicitis in pregnancy: New information that contradicits long-held clinical beliefs. *Am J Obst Gynecol.* 2000; 182(5): 1027-1029.
42. Behar J. Clinical aspects of gallbladder motor function and dysfunction. *Curr Gastroenterol Rep.* 1999;1: 91–94.
43. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, et al. *Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi.* 2. Baskı, Ankara, Güneş kitabevi. 2004; 567-575.
44. Curet MJ. Special problems in laparoscopic surgery: previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy. *Surg Clin North Am.* 2000; 80: 1093–1110.
45. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 187–191.
46. Nies BM, Drieiss BJ. Hyperlipidemic pancreatitis in pregnancy: case report and review of the literature. *Am J Perinat.* 1990; 7: 166–169.
47. Devore GR, Bracken M & Berkowitz RL. The amylase/creatinine clearance ratio in normal pregnancy and pregnancies complicated by pancreatitis, hyperemesis gravidarum and toxæmia. *Am J Obst Gynecol.* 1980; 136:747-754.
48. Swisher SG, Hunt KK, Schmit PJ. Management of pancreatitis complicating pregnancy. *The American Surgeon.* 1994; 60: 759-762.
49. Ballantyne GH, Brouder MD, Beart RWJ. Volvulus of the colon: incidence and mortality. *Am Surg.* 1985; 202: 83–92.

50. Perdue PW, Johnson HW, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg.* 1992; 164:384–388.
51. Oleszczuk J, Leszcynska B, Czajkowska I, et al. Mechanical ileus in pregnancy. *Zentralbl Gynecol.* 1991;113(23): 1327-1330.
52. Connolly M, Unti J, Nora P. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg ClinNorth Am.* 1995;75: 101–113.
53. Kurt M, Tayfur Ö, Harmancı Ö, et al. Gebelikle ilgili karaciğer hastalıkları. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2005; 36: 53-64.
54. Gazzard BG, Lance P. Hepatic failure in pregnancy. In: Baldwin RWM & Hanson GC (eds). *The Critically Ill Obstetric Patient.* 8 th ed, Philadelphia, JB Lippincott, 1984; 400-420.
55. Bis KA, Waxman B. Rupture of liver associated with pregnancy: a review of the literature and report of 2 cases. *Obstetrical and Gynaecological Survey.* 1976; 31: 763-773.
56. Firstenberg MS, Malangoni MA. Gastrointestinal surgery during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 1998; 27(1): 73-87.
57. Klauser Chad K, Saltzman Daniel H. Gebelikte Gastrointestinal Hastalıklar. In: Rabow MW, et al (eds). *Current diagnosis and treatment serisi.* 53 th ed, McGraw-Hill, 2014; 493-500.
58. Shah KH, Simons RK, Holbrook T. Trauma in pregnancy: maternal and fetal outcomes. *J Trauma.* 1998;45: 83–86.
59. Crosby WM, Costiloe JP. Safety on lap-belt restraint for pregnant victims of automobile collisions. *N Engl J Med.* 1971; 284: 632–636.
60. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Perimortem cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1986; 68: 571–578.
61. Edwards RK, Stone IK, Bennett BB. Surgery in the pregnant patient. *Curr Probl Surg.* 2001; 38(4): 213-290.
62. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları (Nasıl Tedavi Edelim). *Hacettepe Tıp Dergisi* 2001; 32: 154-159.
63. Çolak H. Gebelik, doğum ve abortusla ilgili enfeksiyonlar. In: Topçu AW (eds). *İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi.* 3 th ed, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 101-189.
64. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. In: Dolin R (eds). *Principles of practice of infectious diseases.* 5 th ed, Churchill, Livingstone, 2000; 773-805.

65. Sargın S, Arpalı E. İdrar yolu enfeksiyonları. 8. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 2008; 515-602.
66. Semins MJ, Matlaga BR. Management of stone disease in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2010; 20: 174-177.
67. Butler EL, Cox SM, Eberts EG, et al. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 753-756.
68. Evans HJ, Wollin TA. The management of urinary calculi in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2001; 11: 379-384.
69. Sudah M, Vanninen R, Partanen K, et al. MR urography in evaluation of acute flank pain. T2-weighted sequences and gadolinium-enhanced threedimensional FLASH compared with urography. 2001; 176:105-112.
70. Rasmussen P.E, Nielsen F.R. Hydronephrosis during pregnancy: A literatur survey. 1988; 27: 249-259.
71. Yıldırım G, Çetinkaya N, Yencilek F. Fizyopatolojik Olarak Gebelik Hidronefrozunun Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2009; 4: 191-195.
72. Nas T, Yılmaz E. Erken Gebelik Kanamaları. *J Surg Med Sci.* 2006; 2: 1-5.
73. Gunalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Ve Tedavi. 3. baskı, Ankara, Pelikan Yayıncılık. 2004; 395-401.
74. Charles B. Hammond, Kevin E. Danforth *Obstetrik ve Jinekoloji.* 7. baskı, İstanbul, Yüce Yayınları. 1997; 187-201.
75. Preston C. Sacks. Ektopik Gebelik. In: Alexander F. Burnett (eds). *Clinical Obstetric And Gynecology.* 3 th ed, Blackwell Science, 2003; 322-327.
76. Gezginç K, Bülent Ş. Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji. 5. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 2007; 617-627.
77. Martin JA, Hamilton BE, et al. Preliminary Births for 2004: Infant and Maternal Health National Center for Health Statistics. *Health E-stats.* 2005; 4: 11-15.
78. Onderoğlu L, Başaran A. Preterm Doğum. *J Surg Med Sci.* 2006; 2: 29-41.
79. Clark SL. Placenta previa and abruptio placenta. In: Creasy RK (eds). *Maternal-fetal Medicine: Principles and Practice.* 5th ed, Philadelphia, WB Saunders Company, 2004; 713-724.
80. Tintinalli E. J. Akut Pankreatit. In: Çete Y, Denizbaşı A (eds). *Tintinalli Acil Tıp Kitabı.* 7 th ed, North Carolina, 2011; 558-565.
81. Reyes H, Sandoval L, Wainstein A, et all. Acute fatty liver of pregnancy. *Gut.* 1994; 35: 101-106.

- 82.** Crosby ET. Obstetrical anaesthesia for patients with the syndorme of haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet. Canadian Journal of Anaesthesia.1991; 38: 227-233.
- 83.** Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preelamsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1986; 155: 501-509.
- 84.** Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gyncol. 2000; 183: 1-22.
- 85.** Madazlı R, Ozgon M, Aksu MF, et al. Maternal Mortality in Cerrahpasa Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology and Intensive Care Unit. The First World Congress on Maternal Mortality. 1997; 2: 145-148.
- 86.** Gabbe GS, Niebyl RJ. Normal ve Sorunlu Gebelikler. 5.baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2009; 884-887.
- 87.** Hibbart LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol. 1985; 152: 456-461.
- 88.** Uzun M, Micozkadioğlu S. A Case Report: Postmenopausal Ovarian Torsion. Turkish Medical Journal. 2007; 1: 41-42.
- 89.** Gezginç K, Bülent Ş. Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji. 5. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 2007; 630-645.
- 90.** Altınok T, Tarık A. Pelvik Enflamatuvar Hastalıklar. Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. 2008; 9: 61-65.
- 91.** Altınok T. Pelvik Hastalıklar. Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi. 2008; 61: 201-208.
- 92.** Jamieson DJ, Duerr A, Macasaet MA, et al. Risk factors for a complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2000; 8: 88-93.
- 93.** Tiryaki Ç, Haksal MC, Turgut HM. Acute appendicitis during pregnancy. Kocaeli Tıp Dergisi. 2014; 1: 1-5.
- 94.** Miloudi N, Brahem S, Ben Abid S. Acute appendicitis in pregnancy: Specific features of diagnosis and treatment. Journal de Chirurgie Viscerale. 2012; 4: 309-313.
- 95.** Rebarber A, Jacob BP. Acute appendicitis in pregnancy. <http://www.UpToDate>, 2015.
- 96.** Atila K, Uçar D, Ünek T. Acute appendicitis in pregnancy. Ulusal Travma Dergisi 2002; 8: 98-101.
- 97.** Yağcı M.A, Sezer A, Hatipoğlu AR. Acute appendicitis in pregnancy. Dicle Tıp Dergisi 2010; 2: 134-139.

98. Ünal A, Sayharman SE, Ozel L. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management. *European journal of obstetrics&gynecology*. 2011; 1: 87-90.
99. Şeker A, Yücel Y, İncebiyık A. Gebelikte akut kolesistit. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014; 4: 681-684.
100. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173:187-191.
101. Çelik Ç, Gezginç K, Acar A. Acute pancreatitis in pregnancy: a case report. *T. Klinikleri jinekoloji*. 2002; 12: 475-477.
102. Kim JY, Jung SJ, Choi HW. Acute idiopathic pancreatitis in pregnancy: a case study. *World J Gastroenterol*. 2014; 43: 364-367.
103. Artunc B, İkiz N. Gebeliğin intrahepatik kolestazı. *J Kartal TR*. 2015; 26: 75-79.
104. Dağ ZÖ, Çil PA. Gebeliğin intrahepatik kolestazı ve yönetimi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 14(3): 34-39.
105. Oladeinde BH, Omoregie R, Oladeinde OB. Asymptomatic Urinary Tract Infection among Pregnant women. *Ethiop J Health Sci*. 2015; 25: 3-8.
106. Tadesse E, Teshome M, Merid Y. Asymptomatic Urinary Tract Infection among Pregnant women. *BMC Research Notes*. 2014; 7: 155-158.
107. Jido TA. Urinary Tract Infection in Pregnancy. *Journal of Kidney Diseases*. 2014; 25: 85-90.
108. Artero A, Alberola J, Eiros JM. Pyelonephritis in pregnancy. *Rev Esp Quimioter*. 2013; 26: 30-33.
109. Yıldırım G, Çetinkaya N, Yencilek F. Fizyopatolojik Olarak Gebelik Hidronefrozunun Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 4: 191-195.
110. Faundes A, Bricola FM, Silva JL. Dilatation of the urinary tract during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178:1082-1086
111. Deveci S, Ulaşoğlu T, Adalı E. Gebelik ve Hidronefroz. *Van tıp Dergisi*. 2008; 1: 13-17.
112. Chang BS, Wang PU. Ovarian torsion during pregnancy. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 4:409-410.
113. Smorgick N, Pansky M, Feingold M. The clinical characteristics and sonographic findings of maternal ovarian torsion in pregnancy. *Fertility and Sterility*. 2009; 6:1983-1987.
114. Morton MJ, Masterson M, Hoffman B. Ovarian torsion in pregnancy. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013; 3:348-351.

- 115.** Bodur S, Gün İ, Nazik H. Gebelikte bir akut batın nedeni: subseroz myom torsiyonu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2012; 10:27-31.
- 116.** Birchard KR, Brown MA, Hyslop WB. MRI of acute abdominal and pelvic pain in pregnant patients. *AJR Am J Roentgenol*. 2005; 184:452-458.