



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI YAKINMASI İLE
BAŞVURAN GERİATRİK HASTALARIN GERİYE DÖNÜK
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar HENDEN

SAMSUN

Eylül 2015

T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP
ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI YAKINMASI İLE
BAŞVURAN GERİATRİK HASTALARIN GERİYE DÖNÜK
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Pınar HENDEN

Danışman
Prof. Dr. Ahmet BAYDIN

SAMSUN
Eylül-2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Dr. Pınar HENDEN tarafından Prof.. Dr. Ahmet BAYDIN danışmanlığında hazırlanan
“Acil Servise Karın Ağrısı Yakınması ile Başvuran Geriatrik Hastaların Geriye
Dönük İncelenmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından /..... /..... tarihinde
yapılan sınav ile Acil Tıp Anabilim Dalında UZMANLIK Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

.... / /.....

TEŞEKKÜR

Asistanları olmaktan tüm hayatım boyunca büyük mutluluk duyacağım, tıbbi alanlarda bizlere aktardıkları bilgi ve deneyimlerini, gelecekteki tüm mesleki hayatımda tatbik edebilmek için çaba sarf edeceğim,bugün bu konuma ulaşabilmemde emeklerini esirgemeyen, zorlu geçen asistanlık hayatımın önemli karar alma süreçlerinde gösterdikleri hoşgörü, anlayış ile verdikleri destek nedeniyle bütün hocalarıma ve bu tezin planlanmasından son satırına kadar her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet BAYDIN hocama, acil servisin zor çalışma şartlarını beraber omuzladığımız tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım ve eğitimim boyunca maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, koşulsuz sevgi ve anlayışları ile yanımda olan, varlıklarına her zaman şükrettiğim sevgili aileme,

Sıkıntılarımı paylaşan, sevgisi ile hayatımı güzelleştiren, sabırla yanımda olan yuva kurmaya karar verdiğim sevgili nişanlıma

Sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Çalışmamız travmaya bağlı olmayan karın ağrısı yakınması ile acil servise (AS) başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda karın ağrısı nedenlerini saptamak, yaşlı (65-75 yaş) ile ileri yaşlı (75 yaş ve üzeri) hastalarda, erkek ile kadın hastalarda tanı farklılıklarını, yatış, mortalite, hastanede kalış sürelerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Materyal-metod: Çalışmaya 336 hasta dahil edildi. Hastaların yaş grupları, cinsiyet ve dahili ya da cerrahi ön tanıları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetler, yandaş hastalıklar, istenen konsültasyonlar, tanıları, sonuçlar, yattığı birimler, acil serviste ve hastanede bekleme süreleri ve tedavi şekli karşılaştırıldı ve aralarındaki korelasyon incelendi.

Bulgu: Çalışmaya dahil edilen hastaların %48.2'si erkek, %51.8'i kadın iken %52.4'ü 65-74 yaş grubunda, %47.6'sı 75 yaş ve üzeri grupta idi. Hastaların %76.8'inde karın ağrısının nedeni olarak dahili bir hastalık tanısı saptandı ve en sık konulan öntanımlar sıklık sırasına göre sırasıyla safra kesesi ve yolları hastalıkları, nonspesifik karın ağrısı, maligniteyesekonder karın ağrısı, ileus ve akut gastroenterit idi. Karın ağrısına eşlik eden en sık yakınma bulantı, kusma olup bulantı, kusma ve gaz gaita çıkaramama cerrahi nedenlere bağlı karın ağrısı olanlarda daha fazla görüldüğü saptandı ($p<0.005$). Her iki yaş grubunda da karın ağrısına eşlik eden en sık kronik hastalık Hipertansiyon iken serebrovasküler hastalık görülme oranı 75 yaş ve üzerinde istatistiki olarak daha yüksek idi ($p<0.005$). Çalışmamıza dahil edilen hastaların %75.9'una ilgili bölümlerden konsültasyon istenirken dahili nedene bağlı karın ağrısı olanlarda iç hastalıkları, cerrahi nedene bağlı karın ağrısı olanlarda ise genel cerrahi konsültasyonunun daha fazla istendiği saptandı ($p<0.005$). Hastaların %48.8'i hastaneye yatırılırken hastaların en fazla yatırıldığı servis gastroenteroloji servisi (%24.8) idi. Tedavi şekli olarak medikal tedavi ağırlıklı olarak uygulanmış olup hastaların %17.6'sına cerrahi tedavi uygulandı.

Sonuç: Yaşlanmayla birlikte klinik bulgular silikleşmekte olup karın ağrısı ayırıcı tanısı geriatric hastalarda zor yapılabilmektedir. Bu nedenle karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırabilmek için hekimlerin yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri bilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Acil servis, geriatric hasta, karın ağrısı

ABSTRACT

Aim: The aim of this research is to detect the possible reasons of abdominal pain in the patients aged 65 and older consulting to emergency service with complaint of abdominal pain which is not related to trauma, to determine the length of hospitalization of old (65-75 age) and elderly (aged 75 and older) patients and to define the hospitalizing rates and mortality rates.

Material-Method: 336 patients are included in the research. Groups are compared with regards to gender, internal or surgical pre-diagnoses, complaints accompanying abdominal pain, vital findings, comorbidit diseases, requested consultations, hospitalizing service, waiting time in the emergency service and in the hospital and treatment types.

Findings: 48.2% of the patients included in the research were male, 51.8% of them were female. While 52.4% of the patients were in 65-74 age group, 47.6% of them were aged 75 and older. An internal disease was detected in 76.8% of the patients as a result of abdominal pain. Most common pre-diagnoses are gall bladder diseases and diseases related to gall bladder ways, non-specific abdominal pain, abdominal pain secondary to malignity, ileus and acute gastroenteritis respectively for their frequency. The most frequent finding accompanying abdominal pain was vomiting. The most frequent chronic disease accompanying abdominal pain was hypertension in both age groups. We observed that 75.9% of the patients were requested for consultation. We detected that 48.8% of the patients with abdominal pain were hospitalized and they were hospitalized mostly in gastroenterology service (24.8%). Surgical treatments were applied to the 17.6% of the patients with abdominal pain.

Result: Clinical findings become indistinct by age and differential diagnosis of abdominal pain get more difficult in geriatric patients. Therefore, physicians should consider age related physiological changes in order to discriminate geriatric patients consulting to emergency service with abdominal pain from pathological cases requiring immediate surgical operation.

Keywords: Emergency service, geriatric patient, abdominal pain, retrospective examination

KISALTMALAR

AAA:Abdominal Aort Anevrizması

AS:Acil servis

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

ERCP:EndoskopikRetrogratKolanjioPankreatikografi

GİS:Gastroİntestinal Sistem

MRG:Manyetik Rezonans Görüntüleme

MVT: MezenterVenTrombozu

NG:NazoGastrik

NGC:NucleusGigantoCellularis

NOMİ:NonOklüzivMezenterİskemi

NSAİ:Nonsteroid Anti-enflamatuvar İlaç

NSKA:Non Spesifik Karın Ağrısı

PG:PeriAkuaduktal Gri Cevher

SMA:SüperiorMezenter Arter

SPSS: Statistical PackageforSocialSciences

USG:Ultrasonografi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri	4-5
Tablo 2: Acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran geriatrik hastaların cinsiyete ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması	19
Tablo 3: Dahili ve cerrahi bir nedenden kaynaklanan karın ağrılı geriatrik olguların cinsiyete göre karşılaştırılması	20
Tablo 4: Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların yaş grubuna göre karşılaştırılması	20
Tablo 5: Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların cinsiyete göre karşılaştırılması	21
Tablo 6: Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların dahili/cerrahi nedenlere bağlı tanılara göre karşılaştırılması	22
Tablo 7: Eşlik eden kronik hastalıkların yaş grubuna göre karşılaştırılması	22
Tablo 8: Eşlik eden kronik hastalıkların cinsiyete göre karşılaştırılması	23
Tablo 9: Eşlik eden kronik hastalıkların dahili/cerrahi tanıya göre karşılaştırılması	24
Tablo 10: Hastaların yaşamsal bulgularına göre karşılaştırılması	
Tablo 11: Karın ağrısının bulunduğu süreye göre olguların cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre incelenmesi	25
Tablo 12: Acil serviste istenilen konsültasyonların karşılaştırılması	26
Tablo 13: Konulan tanıların cinsiyet ve yaş gruplarında göre dağılımı	27
Tablo 14: Hastaların nihai sonuçlarının yaş gruplarına, cinsiyete ve aldığı tanıya göre karşılaştırılması	28
Tablo 15: Karın ağrılı geriatrik hastaların yatırıldığı servislerin dağılımı	29
Tablo 16: Hastaların acil serviste bekleme sürelerinin cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması	29
Tablo 17: Hastaların hastanede kalma sürelerinin cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması	30

Tablo 18: Tedavi şeklinin cinsiyet, yaş grupları ve dahili/cerrahi tanıya göre karşılaştırılması

30

ŒEKİL LİSTESİ

Œekil 1:Abdominal ağrının algılanmasında viseral afferent yollar

7

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Yaşlılık	3
2.2.Ağrı	5
2.3.Karın Ağrısı	5
2.3.1.Karın Ağrısının Oluşumu	6
2.3.2.Karın Ağrısına Eşlik Eden Semptom ve Bulgular	8
2.3.3.Karın Ağrısının Tanısını Koymadaki Güçlükler	9
2.3.4.Karın Ağrısında Sık Rastlanan Sorunlar	10
2.3.4.1.Safra yolları sorunları:	10
2.3.4.2.Pankreatit:	11
2.3.4.3.Apandisit:	11
2.3.4.4.İleus:	12
2.3.4.5.Peptik ülser hastalığı	12
2.3.4.6.Akut mezenter iskemi	13
2.3.4.7.Fıtık (Herni)	14
2.3.4.8.Malignite	14
2.3.4.10.Divertikülit	15
2.3.4.11.Nonspesifik karın ağrısı (NSKA)	16
2.3.4.12.Akut gastroenterit	16
2.3.4.13.Genito-üriner nedenler	17
3.MATERYAL METOD	18
4.BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	32
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	41

1.GİRİŞ VE AMAC

Acil servisler, birbirinden farklı yakınmalar ile hastaneye başvuran her yaş grubundaki hastalara kesintisiz bir şekilde hizmetin verildiği birimlerdir. Acil Servis başvuruları içinde geriatrik yaş grubunda bulunanlar, yaşa bağlı olarak gözlenen fizyolojik ve anatomik değişikliklerden dolayı değerlendirilmesi özellik arz eden hastalardır. Geriatrik yaş grubundakilerde gözlenen anatomik ve fizyolojik değişiklikler nedeniyle hekimler, bu hastalara yanlış ya da geç tanı koyabilmekte, hastayı değerlendirmek için daha fazla zaman harcamakta ve AS kaynaklarını daha fazla kullanmaktadırlar (1).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşam koşullarının iyileşmesindeki artışa paralel olarak geriatrik yaş grubunun nüfus içindeki oranı da azımsanamayacak şekilde artmaktadır. Artan yaşlı nüfusuyla ilişkili son yıllarda AS'e başvuran geriatrik hastaların başvuru sayısı da giderek artmaktadır. Yapılan farklı çalışmalarda geriatrik yaş grubundaki hastaların AS başvuru oranlarının %9–19 arasında değiştiği ve genellikle bu hastaların gençlere göre daha ağır bir klinik tabloyla AS'lere başvurdukları bildirilmektedir(2–5).

Karın ağrısı, tüm AS başvurularının yaklaşık %10'unu oluştururken bu olguların da %20'sini 65 yaş ve üzerindeki geriatrik hastalar oluşturmaktadır (6). Bu geriatrik hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmakta ve yatırılan hastaların da üçte birine cerrahi işlem uygulanmaktadır. Karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastaların büyük çoğunluğunda karın ağrısının biliyer sistemden kaynaklandığı ve intraabdominal cerrahinin de en sık nedeninin biliyer hastalıklar olduğu Fagbohun ve ark. tarafından rapor edilmiştir (6). Karın ağrısı ile başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda mortalite oranının %11–14 arasında değiştiği bildirilmektedir (7). McNamara (7) karın ağrısı ile AS'e başvuran 80 yaş ve üzeri hastalarda mortalite oranının gençlere göre 6–7 kat daha fazla görülmesinin nedenlerini; yaşlı hastalarda birçok ek hastalığın bulunması, geçirilmiş ameliyatlar, çoklu ilaç kullanımı, immün sistemin zayıflaması, AS'te hastalıkların daha geç evrede tespit edilmesi olduğu şeklinde belirtmiştir.

Son yıllarda teknolojik gelişmelere ve hasta bakım kalitesinin artmasına paralel olarak insan ömrünün uzadığı da bir gerçektir. Acil serviste yaşlı hastalarda karın ağrısının tanı ve tedavisi tüm teknolojik gelişmelere rağmen hala önemli bir klinik sorun olarak görülmektedir. Bu nedenle biz bu çalışmada AS'e başvuran 65 yaş üstü karın

ağrılı hastaların sıklığını, yatırılarak tedavi edilenlerin oranını, karın ağrısına neden olan hastalıkların dağılımını, demografik özellikleri, morbidite ve mortalitenin belirlenmesini ve elde ettiğimiz verilerin acil bakım hizmeti veren hekimlere, bu hizmetlerin planlaması yapan hastane yöneticilerine kaynak olmasını amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık

Yaşlılık tıbbi literatüre göre 65 yıl ve üzerindeki yaşlar olarak kabul edilmektedir. Yaşlılık biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel yaşlılık olarak birçok şekilde tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlılık; yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanmakta iken, fizyolojik yaşlılık ise biyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişiklikler olarak ifade edilmektedir (8). Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülen kognitif bozukluklar ve işitme kaybı gibi nedenlerden dolayı geriatric yaş grubundaki hastalardan anamnez almak diğer hastalara göre daha zordur. Yaşlanmayla birlikte görülen fizyolojik değişiklikler ve bunların potansiyel etkileri Tablo 1’de verilmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; zamana bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisinin azalması ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ile ölüm olasılığının yükselmesi olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 yılı raporunda ise yaşlılık; özürllüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma olarak tanımlanmıştır. DSÖ ayrıca takvim yaşına bağlı olarak yaşlılığı genç yaşlı 60–64 yıl, yaşlıca 65–74 yıl, yaşlı 75–85 yıl ve çok yaşlı 85 yıl olmak üzere 4 alt gruba ayırmaktadır (10,11)

Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre Türkiye Cumhuriyeti’nde 1985 yılındaki nüfus sayımında 65 yaşın üstündeki insanların oranı %4.2 iken, 2000 yılında bu oran %5.7 ve 2010 yılında ise %7.2 olduğu bildirilmiştir. İki bin on bir yılı verilerinde Türkiye Cumhuriyeti’nin nüfusu 74.724.269 iken bu nüfusun 5.490.715’sini (%7.3) 65 yaş ve üzerindeki oluşturmaktadır (12,13).

Tablo1: Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri [9].

Fizyolojik değişiklik	Muhtemel etki
Sinir Sistemi -Kan beyin bariyerinin etkinliği azalır. -Isıya karşı vücut cevabı azalır. -Otonomik sistem fonksiyonları bozulur. -Nörotransmitterlerde bozukluk.	- Menejit riski artar. - Termoregülasyon bozulur. -Ortostatik hipotansiyon, erektil disfonksiyon ve üriner inkontinans riski artar. - Kompleks mental fonksiyonlarda azalma.
Deri / mukoza -Bütün deri tabakalarının atrofisi -Ter bezlerinin hem sayı hem fonksiyonlarının azalması	- Vücut izolasyonunun azalması. Deride yaralanma ve enfeksiyon riskinin artması. -Hipertermi riskinin artması.
Kas ve İskelet Sistemi -İlerleyici kemik kaybı -Fibrokartilaj ve sinoviyal doku atrofisi -Toplam vücut kitlesinde azalma -Yağ dokusu oranının artması	-Kırık oluşma riskinin artması. -Eklemlerde instabilite ve ağrı. -Denge ve hareketlerde bozukluklar. -Farmatokinetikte değişiklikler
İmmün Sistem -Hücrel immünitede azalma -Antikor yapımında azalma	- Latent enfeksiyonların aktive olması ve tümör oluşma ihtimalinin artması -İnfeksiyon riskinin artması.
Kalp ve Damar Sistemi -Azalmış inotropik cevap -Azalmış kronotropik cevap -Artmış periferik vasküler direnç -Azalmış ventriküler dolum	-Myokardın strese karşı cevabında azalma. -Maksimum kalp hızının azalması. -Kan basıncının artması. -Organların kanlanmasıda değişiklikler.
Akciğerler -Azalmış vital kapasite Akciğer ve hava yolu kompliyansında azalma -Hiperkapni ve hipoksemiye azalmış kemoreseptör cevabı -Ventilasyonda ve diffüzyon kapasitesinde azalma	-Hava yolu direncinde artma. -Hızlı dekompanzasyon tehlikesi. -PaO ₂ 'de azalma.
Hepatik fonksiyon -Karaciğer hücre kitlesinde azalma -Hepatik kan akımında azalma -Enzim aktivitesinde değişiklikler	-Rejenarasyon yeteneğinin azalması. -Farmatokinetikte değişiklikler. -Farmatokinetikte değişiklikler.

Böbrekler -Böbrek hücre kitlesinde azalma -Bazal membranda kalınlaşma -Vit D hidroksilasyonunda azalma -Toplam vücut suyunun azalması -Susamaya karşı cevabın azalması -Renalvazopressin cevabının azalması	-İlaç eliminasyonunda azalma. -İlaç eliminasyonunda azalma. -Hipokalsemi ve osteoporozda artış. -Farmatokinetikte değişiklikler. -Dehidratasyon, elektrolit bozukluğu riskinin artması. -Dehidratasyon, elektrolit bozukluğu riskinin artması.
Gastrointestinal Sistem -Gastrik mukozada azalma -Bikarbonat sekresyonunda azalma -GIS kanlanması azalması -Epitelrejenarasyonunun azalması	-Gastrik ülser riskinin artması. -Gastrik ülser riskinin artması. -Perforasyon riskinin artması. -Ülser iyileşme süresinin uzaması.

2.2.Ağrı

Ağrı, insan hayatını olumsuz yönde etkileyen ve toplumda sık görülen bir yakınmadır. Literatüre baktığımızda ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası bir doku hasarı ile birlikte seyreden, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan emosyonel ve sensoryal bir duygu olarak tanımlanmaktadır (3,4,14,15). McNamara (7) yaşlanma ile birlikte edinilen ek hastalıklardan, mevcut hastalıklar nedeniyle çoklu ilaç kullanımından ve bağışıklık sisteminin giderek zayıflamasından dolayı yaşlılarda ağrının daha silik hissedildiğini bildirmiştir.

2.3.Karın Ağrısı

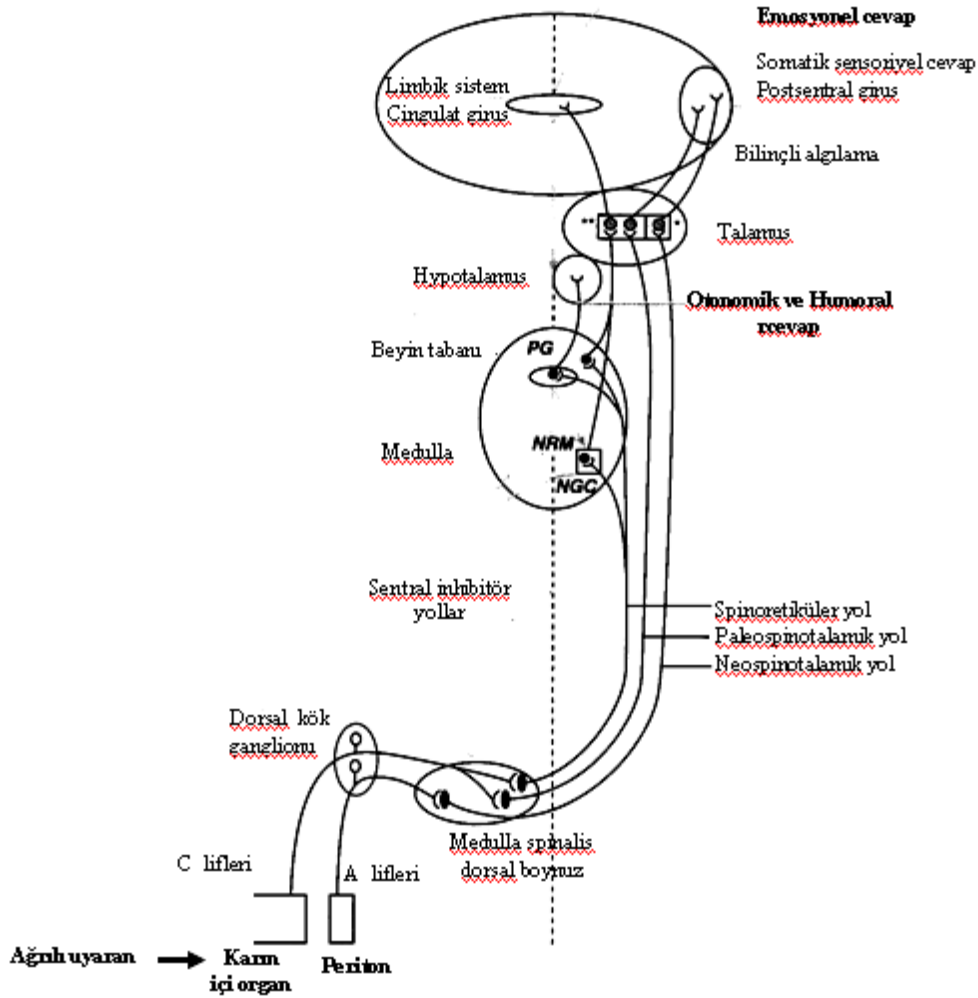
Karın ağrısı çoğunlukla karın içindeki organların hastalıkları esnasında karşılaşılan bir yakınma olmakla birlikte, periton dışı ve hatta karın dışı başka sistemlere ait hastalıklar sonucu da görülebilmektedir. Acil servise başvuru nedenleri arasında 6. sırada yer alan karın ağrıları tüm medikal acillerin de 4. nedenidir (16).

Karın ağrıları ağrının ortaya çıkış süresine göre akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut karın ağrısı, 1 haftadan kısa sürede meydana gelen travma dışı nedenler sonucu ortaya çıkan ağrılardır (17). Kronik karın ağrısı ise, 6 haftadan daha uzun süredir devam eden veya aralıklı periyotlar ile süregelen karın ağrıları olarak tanımlanır. Karın ağrılı hastaların %18-42'sini akut karın ağrısı olan hastalar oluşturmaktadır ve akut karın ağrılı hastaların da %63'ünü 65 yaş üzerindeki hastaların oluşturduğu rapor edilmiştir (18).

Karın ağrısının intraabdominal organlardan, ekstraabdominal organlardan ve sistemik bazı hastalıklardan kaynaklanan pek çok nedeni bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında karın ağrısı yakınması olan hastaların yaklaşık %20-25'ini hastaneye acil yatış gerektiren hastalar oluştururken, %35-40'ını ise yapılan tüm tetkiklere rağmen hiç bir patolojinin saptanmadığı, bilinen karın ağrısı formlarına uymayan ve çoğu kez gözlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturmaktadır (16,19). Nonspesifik karın ağrısı 50 yaşın altındaki hastalarda %40 oranında görülürken, 50 yaş üzerinde %16 oranında görülmektedir (5). Altmış beş yaş üstü hastalarda ise nonspesifik karın ağrısı tanısı ile hastaneden taburcu edilenlerin oranı %10-23 civarındadır (20). Yaşlılarda gençlere oranla nonspesifik karın ağrısı tanısı azalırken, bilier sistem hastalıkları başta olmak üzere maligniteler, barsak tıkanıklıkları ve vasküler olaylar gibi ciddi rahatsızlıklar daha fazla oranda görülmektedir (21).

2.3.1.Karın Ağrısının Oluşumu

Karın ağrısının beyne iletilmesinden sorumlu başlıca iki tip afferent lif (Tip A, Tip C) vardır. Pariyetal peritonda bulunan Tip A lifleri (delta lifler) ile taşınan ağrı duyusu beyinde Talamusta sonlanır. Bu nedenle Tip A lifleri ile taşınan ağrı duyusunun lokalizasyonu beyin tarafından daha kesin algılanır (22,23). Tip C lifler ise Talamusa erişmeden beyin sapında sonlandığından, ağrı duyusunun lokalizasyonunun beyin tarafından algılanması çok daha zordur (24). Tip C liflerle iletilen ağrı daha derin, daha yavaş ve hasta tarafından karakter ve lokalizasyon bakımından tam tarif edilemeyen bir ağrıdır (23).Abdominal visceral organlar Tip C liflerle inerve edilirler. Abdominal ağrının algılanmasında visseral yollar şekil 1 de gösterilmiştir (25,26).



Şekil 1. Abdominal ağrının algılanmasında viseralafferent yollar, (PG=Periakvaduktal gri cevher, NRM=Nukleus raphe magnus, NGC=Nukleus gigantoseptalis) (24,25).

Karın ağrısı başlıca visceral, pariyetal ve yansıyan ağrı olmak üzere üç tiptir.

2.3.1.1.Visseral ağrı: Esas olarak miyelinli ince C lifleri ile yavaş iletilir ve bu lifler talamusa uğramadan beyin sapında sonlanır. Bu nedenle santral sinir sisteminde ağrının lokalizasyonu çok daha zordur. İyi lokalize edilemeyen, künt, kramp tarzında, acı veya rahatsızlık hissi şeklinde tarif edilir. Otonomik semptomlar ağrıya eşlik edebilir (terleme, bulantı- kusma...v.b). Visseral ağrı gerilim, inflamatuvar ve iskemik olmak üzere 3 çeşittir.

Gerilim tipi ağrı kolik ağrı olarak bilinir ve tipik olarak artmış güçlü peristaltik kontraksiyon sebebiyle meydana gelir. Bu ağrı genellikle barsak irritan bir maddeyi (zararlı besin, enfeksiyöz ajan, yabancı madde vs) atmayı denerken oluşur.

Gastroenteritler, konstipasyon, akut pankreatit ağrıları örnek olarak verilebilir. Bu hastalar ağrıyı rahatlatmak için sürekli pozisyon değiştirme çabası içindedir (23,27).

İnflamatuvar ağrı peritondaki inflamasyon nedeniyle oluşur ve klasik örneği apandisitir. Gerilim tipinden farklı olarak bu hastalar hareketsiz yatmayı tercih eder (27).

İskemik ağrı ise en az görülen ama en ciddi formudur ve karakteri ani başlangıçlı, yoğun, devamlı ve ilerleyicidir. Diğer abdominal ağrıların aksine analjezi ile hafiflemez (23,27).

2.3.1.2.Parietal ağrı (somatik veya somatoparietal): İyi lokalize edilebilen, şiddetli ve daha keskin bir ağrıdır. Hareket ve öksürme ile artabilir. Kalın ve myelinli olan A delta ve ince myelinsiz olan C lifleri ile taşınırlar. Somatik afferentler dermatomlara göre düzenlenmiş olup bir veya 2 spinal segmentten medulla spinalise girerek ağrının daha lokalize ve keskin sınırlı olarak algılanmasını sağlamaktadır (28).

2.3.1.3.Yansıyan ağrı: Etkilenen intraabdominal organın bulunduğu bölgeden başka bir yerde ağrının hissedilmesidir. Yansıyan ağrının hissedildiği parietal ağrının afferent lifleri ile etkilenmiş olan intraabdominal organın visseral liflerinin aynı seviyede medulla spinalise girmesi ile oluşur (28). Hem parietal hem de visseral ağrıların özelliklerini taşırlar.

Yansıyan visseral ağrı; ağrılı uyarının çok şiddetli olması veya uzun bir süre devam etmesi sonucu meydana gelir. Ağrılı uyarın çok şiddetli olduğu için splanknik liflerletaşınır. Bu lifler spinal kordda cildin somatik sinirleri ile sinaps yaptığı için yansıyan visseral ağrı; embriyoda köken aldığı dermatom segmentinde veya hastalıklı organla aynı nöral segmentten innerve olan dokuların daha derin kısımlarında hissedilebilir.Safra kesesi ve yolları ile ilgili hastalıklarda sırt, sağ omuz ve skapulada; akut ve kronik pankreatitte belde hissedilen ağrı yansıyan ağrıdır (28).

Yansıyan pariyetal ağrıda ise ağrı etkilenen organdan uzak bir bölgede hissedilir (dalağın travmatikrüptürü sonrasındaki “Kehr işareti” gibi).

2.3.2.Karın Ağrısına Eşlik Eden Semptom ve Bulgular

Karın ağrısı yakınması ile AS’e başvuran hastalarda sıklıkla bulantı kusma görülmektedir. Kusma, ağrıyı izliyorsa öncelikle olarak cerrahi bir neden düşünülürken şayet önce kusma başlamış ve kusmayı karın ağrısı izlemişse daha çok gastroenterit,

besin zehirlenmesi, akut gastrit, akut pankreatit ve safra yollarındaki taşlar gibi cerrahi dışı nedenler öncelikli olarak düşünülmektedir (29).

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkaramama öyküsünün bulunması ileusü akla getirirken, iştahsızlığın bulunması daha ziyade karın içi inflamatuvar hastalıkları (mesela akut apandisit) akla getirmektedir (29). Ayrıca kabızlık, ishal, dizüri gibi şikayetler karın ağrısına eşlik edebilen yakınmalar olup yaşlı hastaların sadece oral alım bozukluğu ve genel durum bozukluğu ile AS'e başvurabileceği ve ayrıca yaşlı hastalarda yakınmaların genç hastalara göre daha siliik olabileceği de unutulmamalıdır.

2.3.3.Karın Ağrısının Tanısını Koymadaki Güçlükler

Akut karın ağrısı ile AS'e başvuran geriatric hastalar en karmaşık ve tanısının koyulması güç hasta gruplarından biridir. Bu hastalarda semptomların başlangıcında veya klinik tablonun netleşmesinde gecikmeler sıklıkla görülmektedir (29). Yaşlı hastaların bir kısmına AS'te tanı koyulamaz ve tanı koyulamadan taburcu edilir ve bu hastaların yaklaşık üçte biri devam eden yakınmalar ile tekrar AS'e başvurumaktadırlar (30).

Karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların tanı aşamasında hangi tetkiklerin hangi sıra ile istenmesi gerektiği konusunda tam bir görüş birliği henüz oluşmamıştır (31).Yaşlı hastalarda lökositoz ve ateş yanıtı sorun enfeksiyon kökenli dahi olsa gençlere oranla daha geç ortaya çıkmaktadır ve ateşin derecesi gençlere göre daha düşüktür. Ayrıca yaşlanmayla alakalı olarak görme ve işitme problemleri, algılamada azalma, demans, SVO (serebrovasküler olay), Alzheimer hastalığı ve psikiyatrik problemler hasta ile iletişim kurmamıza da engel olabilmektedir. Hastalıkla ilgili kullanılan antikolinergik ilaçlar, antiinflamatuvar ilaçlar ve immün sistemin zayıf olması nedeni ile klinik semptomların baskılanması karın ağrısı tanısının konulmasını güçleştirmektedir. Yukarıda saydığımız nedenlerden dolayı bu hastaların değerlendirilmesinde zamanlama, gözlem, doğru konsültasyon ve doğru tanısal tetkiklerin istemi önemlidir. Yapılan bir çalışmada yaşlıların %84'nün sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların %46'sını nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİ) oluşturduğu saptanmıştır (32). Sürekli ilaç kullanımı ve iletişim zorluğu gibi

nedenlerden dolayı yaşlılarda karın ağrısının etyolojisinin araştırılmasında harcama miktarı artmaktadır(33).

2.3.4.Karın Ağrısında Sık Rastlanan Sorunlar

2.3.4.1.Safra yolları sorunları:

Yaşlı hastalarda biliyer hastalıklar, karın ağrısına en çok neden olan etken olmasının yanı sıra intraabdominal cerrahi gerektiren en sık nedeni de oluşturmaktadır (6). Safra taşlarının görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup ileri yaş döneminde %30'ların üzerinde görülmektedir. Yaşlanma ile kolesistokinine duyarlılığın azalmasına bağlı olarak yaşlılarda safra taşı oluşumuna eğilim artmakta ve safra taşları daha ciddi klinik sorunlara neden olmaktadır (9, 34). Bu yaş grubunda kese perforasyonları, gangren, amfizematöz kolesistit, asendan kolanjit, taşa bağlı ileus, koledokolitiazis ve taşa bağlı pankreatitler daha sık görülmektedir (35).

Safra kesesi taşları, kesenin boynunda tıkanıklığa neden olursa semptom verir. Safra kesesi taşları yaşlı hastalarda görülen en sık cerrahi acil nedenlerden bir tanesidir (6). Tıkanıklık 12–24 saatten uzun sürerse kese duvarında enflamasyon ihtimali artar ve akut kolesistit tablosu gelişir (9).

Safra kesesi ve yollarına bağlı gelişen karın ağrıları genellikle intermittan karakterde, sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede görülür. Bunun yanında sırta ve omuza yayılım da gösterebilmektedir (9). Karın ağrısı silik olabilir ve ateş, batında hassasiyet, bulantı- kusma, sarılık, lökositoz bütün hastalarda görülmeyebilir(29). Yaşlılarda “Murphy bulgusu” ve sağ üst kadranda ağrısı genç hasta grubuna göre daha az görülür ve daha az güvenilirdir (36). Acil serviste tedavi sıvı replasmanı ve geniş spektrumlu antibiyoterapi ile başlar, kesin tedavi kolesistektomidir (37).

Kolanjit, safra yolunun kısmen ya da tamamen tıkanması sonucunda asendanenfeksiyonun meydana gelmesi olup klasik olarak ateş, sarılık ve sağ üst kadranda ağrısı ile karakterizedir. Kolanjite neden olan biliyer tıkanıklığın sıklıkla nedenleri; koledokolitiazis, safra kanalı darlıkları, safra anastomozu darlığı ve kompresyona neden olan malign hastalıklardır. Acil serviste agresif sıvı replasmanı yapılması ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verilmesi önem arz etmektedir (38).

Koledokolitiazis ise ortak safra kanalının taş ile tıkanmasıdır. Koledokolitiazisin birincil nedeni ortak safra kanalında taş oluşumu iken sekonder sebep oluşan safra taşlarının daha sonrasında ortak safra kanalına düşmesi ve

tıkamasıdır(38). Yaşlı hastalarda koledokolitiazis sıklığı artar ve tanı ve tedavisinde Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatikografi (ERCP) uygulaması kullanılmaktadır (39).

2.3.4.2.Pankreatit:

Yaşlı hastalarda karın ağrılarının 2. en sık sebebidir ve genellikle safra taşlarına veya idiyopatik nedenlere bağlı olarak görülmektedir (40–42). Altmış beş yaş üzerinde pankreatit görülme sıklığı genç hastalara göre yaklaşık 200 kat artmaktadır (43). Klasik olarak sırta yansıyan kuşak tarzında karın ağrısı şeklinde bulgu veren akut pankreatit, yaşlı hastalarda bazen bulantı kusma, ani başlangıçlı hipotansiyon ve bilinç değişikliği şeklinde atipik bulgularla da karşımıza çıkabilir (9, 30, 44). Semptomların atipik seyrettiği yaşlı hastalarda tanı koyma süreci genç yaş hastalara göre daha zordur ve tanı koymak için görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Üst batında ağrı, amilaz ve lipaz gibi pankreas enzimlerinde yükselme, USG’de pankreatiti destekleyen bulgulardan en az ikisinin bulunması Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile değerlendirilmeyi gerektirir (9). Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatikografi safra taşı pankreatitlerin tedavisinde etkin bir yöntem olup yaşlılardaki komplikasyon oranı gençlere oranla yüksek değildir (45).

2.3.4.3.Apandisit:

Yaşlı hastalarda batın cerrahisi gerektiren nedenler arasında 3. sıklıkta akut apandisit görülmektedir (46). Yaşlı hastalarda klinik bulguların daha silik olması (ateş ve lökositozun, bulantı ve kusmanın değişken olması) nedeniyle akut apandisit tanısını koymanın genç hastalara göre daha zor olduğu bildirilmektedir (47). Yaşlılarda karın bulgularının silik olmasının nedeni periton irritasyonuna azalmış yanıttır. Belirgin olmayan klinik bulgu nedeniyle yaşlı hastalarda olguların yarısından fazlasında operasyon sırasında perforasyona rastlanmaktadır (30,48). Komplikasyon gelişme oranı 55 yaş üstünde artmakta olup yaşlı hastalarda özellikle gangren veya perforasyon ile birlikte görülmekte ve komplike olmuş olgularda mortalite gençlere oranla 10 kat artmaktadır (47, 49,50). Yaşlı hasta grubunda akut apandisit olgularında dikkat edilmesi gereken önemli nokta ileusun önemli bir nedeninin apandisit olabileceğidir. Horras ve ark. (49) yaptıkları bir çalışmada 70 yaş üzerindeki akut apandisit olgularının %45’inde

akut barsak tıkanıklığının bulunduğunu gözlemlemişlerdir. Bir diğer önemli nokta ise yaşlı hastalarda akut apandisit olgularının idrar yolu enfeksiyonları ile karışabileceğidir. Yaşlı hastalarda karmaşık ve silik klinik tablo, eşlik eden patoloji ve komplikasyonlar nedeniyle akut apandisit tanısını koyabilmek için abdominal BT görüntülemesi yapılması yararlı olacağı rapor edilmiştir (48). Apandisit tanısı konulduğunda veya şüphelenildiğinde, erken cerrahi konsültasyon istenmeli, geniş spektrumlu antibiyoterapi (barsak florasına da etki edecek 2–3. kuşak sefalosporinler) tedavisi başlanmalıdır (51).

2.3.4.4.İleus:

Yaşlı hastalarda ileus görülme sıklığı genç hastalara oranla 3 kat fazladır (52). Yaşlı hastalardaki karın ağrısının %10 sebebini bağırsak tıkanlıkları (ileus) oluşturmaktadır (53). İnce barsak tıkanlıkları genelde herni ve adezyon nedenli iken kalın barsak obstrüksiyonları tümör, divertikül ve volvulusa bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (30). Safra taşlarına bağlı ileus ise yaşlı hastalardaki bağırsak tıkanlıklarının %25 nedenidir (47).

İnce barsak obstrüksiyonları kolik tarzı karın ağrısı, fekaloid kusma, distansiyon, kabızlık şeklinde semptom verir. Adhezyon, herni ve tümör nedenli olabilirler. Öykü, fizik muayene, geçirilmiş cerrahi operasyonların sorgulanması önemlidir (7). Tedavide erken IV sıvı tedavisi, NG dekompresyon ve semptomatik tedavi ince barsak obstrüksiyonunda önerilen tedavi iken, strangulasyon ve iskemi bulguları varlığında tedavide en iyi yol erken cerrahi tedavidir (9).

Kalın barsak obstrüksiyonlarının nedenleri tümörler (%60), volvulus (%10–15) ve divertiküller (54) olup kalın barsak tıkanlıklarında mortalite %40'a ulaşmaktadır (9). Distansiyon, kusma, konstipasyon görülebilir ve dışkılama alışkanlığında değişiklikler, rektal kanama, kilo kaybı tümör olasılığını artırır (55).

2.3.4.5.Peptik ülser hastalığı

Yaşlılarda genellikle atipik seyreden peptik ülser hastalığının ilk bulgusu komplikasyonlar olabilir. Yaşlılarda gençlere göre daha fazla peptik ülser komplikasyonu görülme ihtimali mevcuttur ve mortalite oranı yaşlı hastalarda gençlere göre 100 kat artmaktadır (9, 47). Peptik ülser hastalığına bağlı görülebilecek

komplasyonlar perforasyon, penetrasyon, mide çıkış tıkanıklığı ve Gastroİntestinal Sistem (GİS) kanamasıdır. Bu komplasyonlardan perforasyon ve GİS kanaması diğer komplasyonlardan daha sık görölmektedir. Peptik ülserli yaşlı hastalarda %5–10 oranında perforasyon görölmekte ve mortalite oranı bu yaş grubunda %30'lara çıkmaktadır (9). Peptik ülser perforasyonu için tipik fizik muayene bulgusu olan rijidite yaşlı hastaların sadece beşte birinde mevcut iken, ani başlangıçlı karın ağrısı ise yaşlı hastaların yarısında görölmektedir (56).

2.3.4.6. Akut mezenter iskemisi

Akut mezenter iskemisi seyrek görölür ve tanısının konulması en güç hastalıklardan biridir. Yaşlılarda gençlere göre daha fazla görülen ve fatal seyreden mezenter iskemisi bir akut batın nedenidir. Hastaneye karın ağrısı ile başvuran hastaların sadece %1'i mezenter iskemisi nedeniyledir. (57). Akut mezenter iskemisi de mortalite oranı %60–90 arasında değişmektedir (58,59). Mezenter iskemisi nedeniyle erken dönemde cerrahiye alınan hastalarda mortalite oranı %14 iken, 12 saat sonrasında cerrahiye alınan hastalarda mortalitenin %65'e yükseldiği bildirilmiştir (60). Mezenter iskemisi; superior mezenter arter (SMA) embolisi, SMA trombozu, mezenter ven trombozu (MVT) ve nonoklüziv mezenterik iskemisi (NOMİ) olmak üzere dört farklı şekilde görölebilmektedir. Mezenter iskemili olguların %75'inde neden arteriyel kökenli tıkanmalar iken, %8'inde neden venöz tıkanma ve kalan %17'sinde ise neden NOMİ'dir (61).

Superior mezenterik arterin aortaya paralel seyreden anatomik yapısı nedeniyle çoğu olguda neden olarak SMA embolisi saptanmaktadır (62). SMA embolisi sıklıkla atriyal fibrilasyon gibi aritmiler ve kalp yetmezliği gibi kardiyak kökenli nedenlerle oluşmaktadır (59). Mezenter embolisi sıklıkla akut karın ağrısı, karın ağrısı ile birlikte kardiyak hastalık bulgularının olması ve ishal kusma gibi akut başlayan GİS boşalması şeklinde görölmektedir (47).

Superior mezenterik arter trombüsü ise sıklıkla ateroskleroza sekonder olup bu hastalar genelde postprandial karın ağrısı, kilo kaybı ve diğer GİS semptomları şeklinde klinik bulgular verir (47).

Mezenter ven trombozu, mezenter iskemisinin en seyrek görülen ve en az fatal seyreden nedenidir. Mezenter ven trombozunda klinik tablo akut veya subakut olarak günler ya da haftalara uzayabilir (9).

Semptomların nonspesifik olması ve klasik karın ağrısı, ishal ve altta yatan kalp hastalığı triadının sadece çok az sayıda hastada saptanması tanıyı oldukça güçleştirmektedir. Bulantı, kusma ve ishal klinik tabloda mevcut ise yanıtıcı biçimde gastroenterit düşünülebilir. Fizik muayene genellikle yararlı olmamakla birlikte batında hassasiyet, periton iritasyonu ve kanlı dışkılama transmural nekroz gelişene dek görülmez (30). Lökositöz genellikle mevcuttur, bir miktar laktat artışı ile birlikte metabolikasidoz görülebilir (47). Bu hastalarda görülen Amilaz yüksekliği yanlışlıkla pankreatit tanısının düşünülmesine neden olabilir. Karın ağrısı, gaitada kan ve ateş klasik triadı mezenter iskemili hastaların yalnızca üçte birinde görülmektedir (63).

Günümüzde mezenter iskemisi tanısı BT anjiyografi ile koyulmaktadır. BT anjiyografi mezenter iskemi tanısında %93–96 duyarlılığa, %94–100 özgüllüğe sahiptir. Akut mezenter iskemi BT görüntülemeye barsak duvarlarında kalınlaşma, ödem veya hemoraji ya da barsak duvarında gaz şeklinde görülmektedir (57). Akut mezenter iskemi hastalığının primer tedavisi cerrahi olup cerrahi öncesi sıvı tedavisi ve dolaşımın stabilizasyonu sağlanmalıdır.

2.3.4.7.Fıtık (Herni)

Fıtık %5 oranında görülmekle birlikte bunların % 83'ü inguinal, %6'sı femoral, %5'i insizyonel, % 4'ü umbilikal, %1'i epigastrik ve %1'i diğer tip fıtıklardır. İnguinal fıtıklar erkeklerde kadınlara oranla 9 kez daha fazla görülürken, femoral fıtıklar kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görülür (64). Hernilerin inkarserasyon ve strangülasyon gibi iki önemli komplikasyonu vardır. Strangüle fıtıklar acil cerrahi girişim gerektirebilir ve abdominal fıtıkların cerrahisi ile ilgili ölümlerin çoğundan sorumludur. İnsidansı 100.000'de 5 ile 15 arasında değişmektedir. Etkilenen hastaların ortalama yaşı 65'e yakındır (64).

2.3.4.8.Malignite

Batın içi maligniteler karın ağrısı yanı sıra bilier semptomlar, obstrüksiyon, peritonit, asit veya batın içi kitleye neden olabilirler. Kolon kanserleri perforasyon veya

obstrüksiyon nedeni ile karın ağrısına yol açabilirler. Ayrıca prostat kanserleri kemik metastazları ile ağrı ve obstrüksiyonlara, jinekolojik kanserler ise ağırlı kitleler ve peritonite yol açabilirler. Pankreas ve bilier kanserler ise hem alt hem üst batın semptomlarına yol açabilirler (9).

2.3.4.9. Abdominal Aorta Anevrizması

Abdominal aort anevrizması (AAA) elli yaşın altındaki erkek hastalarda sadece %2–4 prevalansa sahip iken bu oran elli yaş üzerinde %5-10'a yükselmektedir (65). Bütün gelişmelere rağmen ne yazık ki AAA rüptürlerinde mortalite %50 civarındadır. Rüptür gelişen hastalar, hızlı şekilde değerlendirilip, acil operasyona alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada AAA rüptüründe ölümlerin daha ziyade hastaneye başvurudan sonraki iki saat içinde olduğu saptanmıştır (66,67).

Abdominal aort anevrizması rüptüründe, karın orta bölgesinde veya böğürde ani başlayan ağrı, şok ve batında pulse eden kitle söz konusudur. Ağrı kasıklara ve uyluğa yansır ve pozisyonla değişmez (67). BT günümüzde AAA tansında altın standart olarak kabul edilmektedir ve AAA tanısı için %100 duyarlılığa sahiptir (68). Abdominal aort anevrizmasınının tedavisi cerrahi olup mortal seyrebilmektedir.

2.3.4.10. Divertikülit

Commane DM ve ark (69) yapmış oldukları bir çalışmada 55 yaşından ve daha genç bireylerde divertikülozis görülme oranının %13 olduğunu, 75 yaş ve üzeridekilerde bu oranın %50'ye yükseldiğini saptamışlardır. Başka bir çalışmada ise 85 yaş ve üzerinde bu oranın %80'lere vardığı bildirilmiştir (70). Komplike olmamış divertiküler hastalıkta (divertikülozis) tipik olarak karın ağrısı görülmez. Yapılan iki farklı çalışmada divertikülozisli hastalarda beş yıllık izlem sonrasında divertikülit görülme oranının %1.7 olduğu saptanmıştır (69,71). Geriatrik yaş grubundaki hastaların ise sadece beşte birinde divertikülozis ile ilişkili divertikülit, obstrüksiyon, hemoraji ve perforasyon gibi komplikasyonların görüldüğü bildirilmiştir (48).

Divertikülozis geriatrik hastalarda en sık alt gastrointestinal sistem kanama nedenlerindedir. Hastaların çoğunda bu kanama tipik olarak kendini sınırlarken, dörtte birinde ise tekrarlayarak hemorajik şoka neden olabilecek düzeyde masif kanamalara yol açabilmektedir (72).

Divertikülitli hastalarda genelde sol alt kadranda ağrısı, hafif bir ateş yüksekliği, bulantı kusma ve abdominal distansiyon gözlenir. Diffüz abdominal ağrı ve hassasiyet mevcudiyetinde perforasyon düşünülmelidir. Hastalığın tanısını koymada Ultrasonografi ve BT kullanılabilir. Radyolojik olarak divertikülitli hastaların BT’inde peritoneal boşlukta serbest hava, ileus paterni, sol alt kadranda kitle imajı, parsiyel veya komplet barsak tıkanıklığı bulguları görülebilir (47). Divertikülit ön tanısı konulmaz antibiyotik tedavisine başlanması gerekir.

2.3.4.11.Nonspesifik karın ağrısı (NSKA)

Nonspesifik karın ağrısının belirgin bir tanımlaması olmamasına rağmen bir haftadan daha kısa süredir karın ağrısı olan hastaların yakınmasını açıklayacak patolojik herhangi bir neden bulunmadığında ve diğer nedenler ekarte edildiğinde konulan tanıdır. Bu tanımlama yerine “*ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı*“ tanımının daha uygun olacağı görüşü de hakimdir (17,73). Yetişkin yaş grubundaki hastaların yaklaşık %34-53’üne nonspesifik karın ağrısı tanısı konulmakta olup (1,64) yaşlı hasta grubunda ise nonspesifik karın ağrısı tanısı ile hastaneden taburcu edilme oranı %10–23 civarındadır (20).Karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde iki önemli parametre vardır. Bunlar yaş ve cinsiyettir. Yaşın ilerlemesiyle spesifik tanı, cerrahi gereksinimi ve mortalite oranı artmaktadır.

2.3.4.12.Akut gastroenterit

Yaşlı hastalarda toplum kaynaklı enfeksiyonun en sık nedeni idrar yolu enfeksiyonu, akut gastroenterit, pnömöni ve yumuşak doku enfeksiyonlarıdır (74). Yaşlılarda azalmış intestinal immünite, artmış antibiyotik kullanımı, hipoklorhidri veya aklorhidri gibi nedenlerden dolayı diyareye eğilim fazladır. Gastroenterit akut ve kronik olarak görülebilmekte olup akut gastroenterit genellikle enfeksiyöz kaynaklı olduğundan yaşlılarda ciddi seyredebilir (75). Baert ve ark. (76) yaptıkları bir çalışmada geriatri kliniklerinde gastroenteritli hastalarda en sık saptanan etkenin salmonella spp. olduğunu bildirmişlerdir. Yaşlı hastalar dehidratasyona daha duyarlı olduklarından erken dönemde sıvı ve elektrolit replasmanı tedavide önemli bir yer tutmaktadır (75).

2.3.4.13.Genito-üriner nedenler

Akut idrar yolları enfeksiyonları ve pyelonefrit yaşlı hastalarda sık karşılaşılan karın ağrısı nedenlerindedir ve yaşlılarda idrar yaparken yanma gibi yakınmalar görülmeyebilir. Asemptomatik bakteriürinin yaşla giderek arttığı, yaşlı bakım evlerinde yaşayan hastalarda asemptomatik bakteriüri oranının neredeyse üç kat artmakta olduğu unutulmamalıdır (77,78)

Yaşlı hastalarda akut batın tablosunun %5–10 oranında nedeni renal kökenlidir (79,80) Renal taş insidansı yaşla birlikte artmaktadır (80). Bu hastalar karın ya da yan ağrısı ile acil servise başvurabilirler, tabloya bulantı ve kusma da eşlik edebilir.

3.MATERYAL METOD

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine 1 Ocak 2014 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında karın ağrısı nedeniyle başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan 4 Haziran 2014 tarih ve 2014/936 sayılı kararı ile onay alındı.

Çalışmaya dahil edilecek olgular hastane bilgi veri sisteminden 65 yaş üstü karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların bilgilerine ulaşılarak belirlendi. Olguların yaşı, cinsiyeti, yaşamsal bulguları, karın ağrısına eşlik eden yakınmaları (bulantı-kusma, iştahsızlık, kabızlık, gaz çıkaramama, ishal, dizüri, sarılık), karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıkları, karın ağrısının bulunduğu süre, hastaların acil serviste kalma zamanı (0-6 saat, 6-12 saat, 12-24 saat ve 24 saat ve üzeri), acil serviste konulan ön tanılar, hastalara istenilen konsültasyonlar (iç hastalıkları, genel cerrahi, üroloji, kadın hastalıkları, ...vb gibi), hastaların yatırıldığı servisler (acil servis, iç hastalıkları, genel cerrahi, yoğun bakım, diğer), hastaların hastanede kalma süreleri (1gün, 1-4 gün, 4-10 gün ve 10 günden fazla), tedavisi (medikal, cerrahi) ve son durumları (eksitus, şifa, vejetatifstage) dosyalarından tarandı. Hastalardan elde edilen veriler Ek-1'deki hasta formuna kayıt edildi.

Hastalar cinsiyete göre erkek ve kadın, yaş gruplarına göre 65-74 yaş ve 75 yaş üzerindeki ve aldıkları tanıya göre dahili tanı alanlar ve cerrahi tanı alanlar olarak gruplara ayrıldı. Hastanın karın muayene bulgusunda akut batın muayenesi (defans ve/veya rebound) olanlar cerrahi tanı olarak değerlendirilirken akut batın muayenesi olmayanlar dahili tanı olarak değerlendirildi (81).

Altmış beş yaş altındakiler, travma sonrası karın ağrısı ile başvuran hastalar ve dosyasına ulaşamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya ait elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. Sürekli değişkenler için betimleyici istatistikler olarak medyan, minimum, maksimum değerleri verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testive Student T testi ve vücut sıcaklığı değerlerinin tanı grupları nezdinde karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Hastanemiz acil servisine 1 Ocak 2014 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında karın ağrısı yakınması ile başvuran 65 yaş ve üzerindeki 336 olgu bu çalışmaya alındı. Bir Ocak 2014 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında AS'e başvuran toplam hasta sayısı 44350 olup bunların 9431'ini 65 yaş üzeri hastalar, 1947'sini ise karın ağrısı yakınması olan 65 yaş üzeri hastalar oluşturmaktaydı. Çalışmaya alınan hastaların 162'si (%48.2) erkek, 174'ü (%51.8) kadındı. Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların 176'sı (%52.4) 65–74 yaş grubunda iken, 160'ı (%47.6) 75 yaş ve üzerideydi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 258'inde (%76.8) karın ağrısının nedeni olarak dahili bir hastalık tanısı konulurken, 78'inde (%23.2) ise cerrahi işlem gerektirecek bir tanı konuldu (Tablo 2). Dahili hastalık tanısı konulanların %53.5'i 65–74 yaş grubunda iken, %46.5'i 75 yaş ve üzerinde idi. Cerrahi işlem gerektirecek bir hastalık tanısı konulanların %48.7'si 65–74 yaş grubunda iken %51.3'ü ise 75 yaş ve üzerinde idi. Yaş gruplarına göre hastalar cinsiyet ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 2. Acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran geriatric hastaların cinsiyete ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması

	Toplam		65–74 yaş		75 yaş ve üzeri		p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	174	51.8	82	47.1	92	52.9	> 0.05
Erkek	162	48.2	94	58	68	42	
Karın ağrısı nedeni							
Dahili hastalıklar	258	76.8	138	53.5	120	46.5	> 0.05
Cerrahi hastalıklar	78	23.2	38	48.7	40	51.3	

Çalışmaya alınan 336 hastanın yaş ortalaması 74.8 ± 6.5 yıl (min: 65 yıl, max: 96 yıl) idi. Cinsiyet bakımından yaş ortalamalarına baktığımızda kadın hastaların yaş

ortalaması 75.3 ± 6.7 yıl iken, erkek hastaların yaş ortalaması 74.2 ± 6.2 yıl idi. Cinsiyet bakımından kadın ve erkek hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Karın ağrısı yakınmasıyla acil servise başvuran hastaların çoğunda (%76.8) dahili bir hastalık ön tanısı konulurken, hastaların az bir kısmında ise (%23.2) cerrahi işlem gerektirecek bir hastalık ön tanısı konulmuştur. Karın ağrısının nedenine göre cinsiyet bakımından hastaların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.380$) (Tablo 3).

Tablo 3. Dahili ve cerrahi bir nedenden kaynaklanan karın ağrılı geriatrik olguların cinsiyete göre karşılaştırılması

Cinsiyet	Dahili karın ağrısı olanlar		Cerrahi karın ağrısı olanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
	Kadın	137	53.1	37	47.4	174	
Erkek	121	46.9	41	52.6	162	48.2	

Geriatrik hastaların AS'e başvuru anında karın ağrısına eşlik eden yakınmalar bakımından yaş gruplarının açısından karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4).

Tablo 4. Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların yaş grubuna göre karşılaştırılması

Eşlik eden yakınmalar	65–74 yaş grubu		75 yaş ve üzeri		p
	n	%	n	%	
Bulantı	88	50.3	78	48.8	0.779
Kusma	72	41.1	62	38.8	0.655
İshal	19	10.9	18	11.3	0.909
Kabızlık	28	16	17	0.6	0.150
İştahsızlık	22	12.6	13	8.1	0.184
Dizüri	19	10.9	16	9.4	0.654
Sarılık	19	10.9	19	11.3	0.909
Gaz çıkaramama	25	14.3	13	8.1	0.076

Acil servise başvuru anında karın ağrısına eşlik eden yakınmalar cinsiyete göre karşılaştırıldığında bulantı, kusma ve gaz çıkaramama bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$) diğer yakınmalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların cinsiyete göre karşılaştırılması

Eşlik eden yakınmalar	Erkek		Kadın		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Bulantı	70	43.2	96	55.2	166	49.4	0.028
Kusma	53	32.7	81	46.6	134	39.9	0.010
İshal	14	8.6	23	13.2	37	11	0.181
Kabızlık	24	14.8	21	12.1	45	13.4	0.460
İştahsızlık	22	13.6	13	7.5	35	10.4	0.067
Dizüri	19	11.7	16	9.2	35	10.4	0.448
Sarılık	21	13	17	9.8	38	11.3	0.356
Gaz çıkaramama	26	16	12	6.9	38	11.3	0.008

Acil servise başvuru anında karın ağrısına eşlik eden yakınmalar dahili ve cerrahi nedenlere göre karşılaştırıldığında ishal, sarılık ve gaz çıkaramama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken diğer yakınmalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Çalışmaya alınan hastaların %77.4'ünde karın ağrısına eşlik eden kronik bir hastalık saptanmıştır. Karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıklar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında sadece serebrovasküler hastalığı bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğunu saptadık ($p=0.027$) (Tablo 7).

Tablo 6. Karın ağrısına eşlik eden yakınmaların dahili/cerrahi nedenlere bağlı tanılara göre karşılaştırılması

Eşlik eden yakınmalar	Dahili nedeni		Cerrahi nedeni		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Bulantı	123	47.7	43	55.1	166	49.4	0.249
Kusma	96	37.2	38	48.7	134	39.9	0.069
İshal	34	13.2	3	3.8	37	11	0.021
Kabızlık	31	12	14	17.9	45	13.4	0.178
İştahsızlık	31	12	4	5.1	35	10.4	0.081
Dizüri	28	10.9	7	9	35	10.4	0.634
Sarılık	36	14	2	2.6	38	11.3	0.005
Gaz çıkaramama	14	5.4	24	30.4	38	11.3	0.000

Tablo 7. Eşlik eden kronik hastalıkların yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıklar	65–74 yaş grubu		75 yaş ve üzerinde		Toplam		p
	karın ağrısı olanlar		karın ağrısı olanlar				
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	77	44	81	50.6	158	47.2	0.225
Diyabetes Mellitus	49	28	37	23.1	86	25.7	0.308
Koroner arter has.	21	12	17	10.6	38	11.3	0.692
Konjestif kalp yet.	14	8	24	14.4	38	11	0.063
Kronik börek yet.	10	5.7	11	6.9	21	6.3	0.662
KOAH	19	10.9	14	8.8	33	9.9	0.518
Malignite	47	26.9	36	22.5	83	24.8	0.356
Serebrovasküler has	13	7.4	24	15	37	11	0.027
Karaciğer sirozu	9	5.1	4	2.5	13	3.9	0.211

Karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıklar cinsiyete göre karşılaştırıldığında Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus ve Konjestif kalp yetmezliğinde istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunurken ($p<0.05$), karın ağrısına eşlik eden diğ er hastalıklarda istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Eşlik eden kronik hastalıkların cinsiyete göre karşılaştırılması

Kronik hastalıklar	Erkek		Kadın		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	54	33.3	104	59.8	158	47	0.000
Diyabetes Mellitus	32	19.8	54	31	86	31	0.018
Koroner arter hastalığı	22	13.6	16	9.2	38	11.3	0.205
Konjestif kalp yetmezliği	10	6.2	28	16.1	38	11.3	0.004
Kronik börek yetmezliği	9	5.6	12	6.9	21	6.3	0.612
KOAH	16	9.9	17	9.8	33	9.8	0.974
Malignite	47	29	36	20.7	83	24.7	0.077
Serebrovasküler hastalık	17	10.5	20	11.5	37	11	0.770
Karaciğ er sirozu	6	3.7	7	4	13	3.9	0.879

Karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıklar dahili ve cerrahi nedenlere göre karşılaştırıldığında hipertansiyon ve karaciğ er sirozunda istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanırken diğ er eşlik eden kronik hastalıklarda ise istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Hastaların çoğunun acil servise başvuru anında bakılan ilk yaşamsal bulguları normal sınırlarda olup ortalama sistolik kan basıncı 120 ± 20.4 mmHg, nabız 84 ± 13.4 vuru/dakika ve vücut sıcaklığı 36.6 ± 0.6 °C idi. Hastaların vücut sıcaklığı ve nabız değerlerinin cinsiyet, yaş grupları ve ilk tanlarına göre karşılaştırılmasında anlamli bir fark saptanmazken kan basıncı değerlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptandı ($p=0.008$) (Tablo 10)

Tablo 9. Eşlik eden kronik hastalıkların dahili/cerahi tanıya göre karşılaştırılması

Kronik hastalıklar	Dahili		Cerrahi		p
	n	%	n	%	
Hipertansiyon	112	43.4	46	59	0.016
Diyabetes Mellitus	64	24.8	22	28.2	0.547
Koroner arter hastalığı	25	9.7	13	16.7	0.088
Konjestif kalp yetmezliği	32	12.4	6	7.7	0.250
Kronik börek yetmezliği	14	5.4	7	9	0.257
KOAH	25	9.7	8	10.3	0.883
Malignite	62	24	21	26.9	0.604
Serebrovasküler hastalık	29	11.2	8	10.3	0.808
Karaciğer sirozu	13	5	0	0	0.044

Tablo 10. Hastaların yaşamsal bulgularına göre karşılaştırılması

Parametreler	Kan basıncı (mmHg)	p	Nabız (vuru/dakika)	p	Ateş (°C)	p
Cinsiyet						
Kadın	120 ± 20.5	0.008	84 ± 14.9	0.181	36.6 ± 0.7	0.422
Erkek	117 ± 19.9		82 ± 11.6		36.6 ± 0.5	
Yaş grubu						
65–74 yaş	110 ± 19.09	0.798	80 ± 13.8	0.577	36.6 ± 0.7	0.570
75 üzeri yaş	120 ± 21.9		86 ± 12.8		36.6 ± 0.5	
Karın ağrısının nedeni						
Dahili	120 ± 19.1	0.234	84 ± 12.7	0.450	36.6 ± 0.6	0.924
Cerrahi	120 ± 24.1		84 ± 15.7		36.7 ± 0.5	

Hastaların özgeçmişini incelediğimizde %29.8'nin daha önceden cerrahi operasyon geçirdiğini saptadık. Bu hastalara uygulanan ameliyatlara sırasıyla %8'ine

malignite cerrahisi, %7.1'ine kolesistektomi, %2.9'una appendektomi ve %11.8'ine ise diğer nedenlerden dolayı karın cerrahileri yapıldığını gözlemledik.

Çalışmaya alınan hastalar karın ağrısının bulunduğu süreye göre iki gruba ayrıldı. Karın ağrısının bulunduğu süre bakımından hastalar cinsiyet, yaş grupları ve ön tanılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını saptadık ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Karın ağrısının bulunduğu süreye göre olguların cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması

Parametreler	Karın ağrısının bulunduğu süre		p
	< 24 saat	>24 saat	
Cinsiyet			0.193
Erkek	28 (%17.3)	134 (%82.7)	
Kadın	40 (%23)	134 (%77)	
Yaş gurubu			0.887
65–74 yaş grubu	35 (%20)	140 (%80)	
75 ve üzeri yaş grubu	33 (%20.6)	127 (%79.4)	
Karın ağrısı nedeni			0.370
Dahili nedene bağlı	55 (%21.3)	203 (%78.7)	
Cerrahi nedene bağlı	13 (%16.7)	65 (%83.3)	

Acil servise karın ağrısı yakınmasıyla başvuran toplam 336 hastadan 265 tanesine (%75.9) ilgili bölümlerden konsültasyon istenirken 71 tanesine (%24.1) konsültasyon istenmemiştir. Konsültasyon istenen hastaların 133'ü (%50.2) 65–74 yaş arası grubunda iken 132'si (%49.8) ise 75 yaş ve üzeri grupta idi. Konsültasyon istenilen hastalar konsültasyonun istendiği bölümler bakımından incelendiğinde; 118 tanesine (%44.5) iç hastalıkları bölümünden, 72 tanesine (%27.2) genel cerrahi bölümünden, 50 tanesine (%18.9) hem iç hastalıkları hem de genel cerrahi bölümünden ve 25 tanesine (%9.4) ise diğer dahili ve/veya cerrahi bölümlerden konsültasyon istendiğini saptadık. Hastaların cinsiyet, yaş grubu ve ilk başvuru tanılarının istenen konsültasyonlar ile karşılaştırmaları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Acil serviste istenilen konsültasyonların karşılaştırılması

Parametreler	İç Hastalık.	Genel cerrahi	İç Hastalık ve Genel Cerrahi	Diğer konsültasyonlar	p
Cinsiyet					
Kadın	65 (%48.5)	35 (%26.1)	12 (%9)	22 (%16.4)	0.572
Erkek	53 (%40.5)	37 (%28.2)	28 (%21.4)	13 (%9.9)	
Yaş grubu					
65–74 yaş	60 (%45.1)	35 (%26.3)	22 (%16.5)	16 (%12)	0.424
>75 yaş	58 (%43.5)	37 (%28.2)	28 (%21.4)	9 (%6.9)	
Karın ağrısının nedeni					
Dahili	114 (%59.7)	22 (%11.5)	33 (%17.3)	22 (%11.5)	0.001
Cerrahi	4 (%5.4)	50 (%67.6)	3 (%4.1)	17 (%23)	

Hastalara konulan ön tanıların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 13’de verilmiştir. Karın ağrısı ile AS’e başvuran hastalarda en sık konulan ön tanıları sırası ile safra kesesi ve yolları hastalıkları (19.6), NSKA (%11.9), maligniteye sekonder karın ağrısı (%9.8), ileus (%8) ve akut gastroenterit (%5.7) olarak bulunmuştur. Karın ağrısı ile AS’e başvuran hastalarda en sık safra kesesi ve yolları hastalıkları ön tanısı koyulmuş olup en sık görülen safra yolu hastalıkları ise sırası ile koledokolitiazis %11.3, kolanjit %5.1, kolesistit %2.1 ve kolelitiazis %1.2 idi. Toplam 12 hastaya ise diğer tanıları olarak gruptandığımız divertikülit, abdominal aort diseksiyonu, akut hepatit, karaciğer sirozu, besin intoksikasyonu, hepatik koma, pyelonefrit, koledok yaralanması, tifilit, over torsiyonu, hepatorenal sendrom, diyabetik ketoasidoz ön tanısı konuldu.

Tablo 13. Konulan tanıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

	65-74yaş (n:)	75 yaş ve üzeri (n:)	Erkek (n:)	Kadın (n:)	Toplam	
					(n:)	%
Safra yolu hastalıkları	29	37	24	42	66	19.6
Non spesifik karın ağrısı	23	17	21	19	40	11.9
İleus	16	11	17	10	27	8
Akut gastrit	10	3	4	9	13	3.9
Malignite	17	16	14	19	33	9.8
Akut pankreatit	4	12	8	8	16	4.8
Mezenter iskemi	2	1	2	1	3	0.9
Gastrointestinal sistem perforasyonu	1	6	4	3	7	2.1
Sepsis	10	6	10	6	16	4.8
Akut böbrek yetmezliği	2	0	0	2	2	0.6
Renal nedenler	9	4	10	3	13	3.9
Akut apandisit	5	1	3	3	6	1.7
İnflamatuvar barsak hastalığı	2	1	1	2	3	0.9
Akut koroner sendrom	2	0	2	0	2	0.6
İdrar yolu enfeksiyonu	9	8	4	13	17	5.1
Akut gastroenterit	8	11	6	13	19	5.7
Abdominal herni	1	11	5	7	12	3.6
Gastrointestinal kanama	5	1	5	1	6	1.7
Peritonit	2	4	5	1	6	1.7
İntraabdominal abse	4	3	4	3	7	2.1
İntraabdominal hematoma	2	2	1	3	4	1.2
Pnömoni	1	1	1	1	2	0.6
Globe vezikale	2	2	4	0	4	1.2
Diğer tanılar	10	2	7	5	12	3.6

Çalışmaya aldığımız 336 hastadan 164'nün (%48.8) hastaneye yatırıldığını, 131'nin (%39) AS'den taburcu edildiğini ve 41'nin ise (%12.2) AS veya yattığı serviste öldüğünü saptadık. Taburcu olanların 107'si (%81.7) şifa ile taburcu olurken 24'ü (%18.3) ise tedaviyi reddederek kendi veya yakınının isteği ile taburcu olduğunu gözlemledik (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların nihai sonuçlarının yaş gruplarına, cinsiyete ve aldığı tanıya göre karşılaştırılması

Parametreler	Yatan Hasta	Şifa ile Taburcu	İmza ile Taburcu	Ölen Hasta	p
Cinsiyet					
Kadın	84 (%48.3)	56 (%32.2)	16 (%9.2)	18 (%10.3)	0.364
Erkek	80 (%49.4)	51 (%31.5)	8 (%4.9)	23 (%14.2)	
Yaş grubu					
65–74 yaş	88 (%50)	64 (%36.4)	9 (%5.1)	15 (%8.5)	0.034
75 ve üzeri yaş	76 (%47.5)	43 (%26.9)	15 (%9.4)	26 (%16.2)	
Karın ağrısının nedeni					
Dahili nedenler	13 (%43.8)	98 (%38.0)	22 (%8.5)	25 (%9.7)	0.000
Cerrahi nedenler	51 (%65.4)	9 (%11.5)	2 (%2.6)	16 (%20.5)	

Acil servise karın ağrısı ile başvuran geriatrik hastaların yatırıldığı bölümlere göre dağılımları Tablo 15'de verilmiştir. Karın ağrısı ile başvuran geriatrik hastaların büyük çoğunluğu (%41.8) acil serviste takip edilirken, bunu sırası ile gastroenteroloji (%24.2) ve genel cerrahi (%17.6) servisine yatış izlemektedir.

Karın ağrısıyla AS'e başvuran geriatrik hastaların AS'de kalma sürelerini incelediğimizde en fazla 0–6 saat arası beklediklerini saptadık (Tablo 16). Geriatrik hastaların AS'de bekleme süreleri cinsiyet, yaş grupları ve karın ağrısı nedenlerine göre incelendiğinde cinsiyet ve yaş grupları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, karın ağrısının nedenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0.05$).

Tablo 15. Karın ağrılı geriatric hastaların yatırıldığı servislerin dağılımı

Hastaların Yatırıldığı Servisler	65–74 yaş	75 ve üzeri yaş	Kadın	Erkek	Toplam
Genel cerrahi	29 (%16.6)	30 (%18.9)	28 (%16.1)	31 (%19.1)	59 (%17.6)
Üroloji	5 (%2.8)	3 (%1.9)	2 (%1.1)	6 (%3.7)	8 (%2.4)
Kadın hastalıkları	2 (%1.1)	2 (%1.2)	4 (%2.3)	0 (%0)	4 (%1.2)
Enfeksiyon hastal.	3 (%1.7)	3 (%1.9)	3 (%1.7)	3 (%1.9)	6 (%1.7)
İç hastalıkları	55 (%33.0)	52 (%30.6)	56 (%32.1)	51 (%31.9)	107 (%31.9)
Kardiyoloji	3 (%1.7)	1 (%0.6)	1 (%0.6)	3 (%1.9)	4 (%1.2)
Göğüs hastalıkları	0 (%0)	2 (%1.2)	1 (%0.6)	1 (%0.6)	2 (%0.6)
Acil serviste takip	78 (%44.3)	62 (%38.8)	75 (%43.1)	65 (%40.1)	140 (%41.7)
Yoğun Bakım	1 (%0.6)	5 (%3.1)	3 (%1.7)	3 (%1.9)	6 (%1.7)

Tablo 16. Acil serviste bekleme sürelerinin cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması

Parametreler	0–6 saat	6–12 saat	12–24 saat	24 saat üzeri	p
Cinsiyet					
Kadın	80(%46)	54(%31)	14(%8)	26(%14.9)	0.284
Erkek	61(%37.7)	57(%35.2)	21(%13)	23(%14.2)	
Yaş grubu					
65–74 yaş	74 (%42)	49 (%27.9)	24 (%13.7)	29 (%16.4)	0.063
>75 yaş	68 (%42.5)	61 (%38.1)	11 (%6.9)	20 (%12.5)	
Karın ağrısının nedeni					
Dahili	117(%45.3)	73(%28.3)	25(%9.7)	43(%16.7)	0.002
Cerrahi	24 (%30.8)	38 (%48.7)	10 (%12.8)	6 (%7.7)	

Geriatric hastaların hastanede kalma sürelerinin karın ağrısının dahili/cerrahi, dahili ve cerrahi gruplarında ilk 1 gün içinde hastanede kalan dahili hastaların sayısı

yüksek bulunurken, diğer zamanlarda cerrahi hastalarının sayısı fazla olduğu görülmüş, bu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hastanede kalma sürelerinin cinsiyet, yaş grubu ve karın ağrısı nedenine göre karşılaştırılması

Parametreler	1 gün	1–4 gün	4–10 gün	10 günden fazla	p
Cinsiyet					
Kadın	73(%42)	24(%13.8)	37(%21.3)	40(%23)	0.967
Erkek	66(%40.7)	21(%13)	34(%21)	41(%25.3)	
Yaş grubu					
65–74 yaş	76 (%43.2)	20 (%11.4)	38 (%21.6)	42 (%23.8)	0.727
>75 yaş	64 (%40)	25 (%15.6)	33 (%20.6)	38 (%23.8)	
Karın ağrısının nedeni					
Dahili	126 (%48.8)	30 (%11.6)	48 (%18.6)	54 (%21)	0.000
Cerrahi	13 (%16.7)	15 (%19.2)	23 (%29.5)	27 (%34.6)	

Tablo 18. Tedavi şeklinin cinsiyet, yaş grupları ve dahili/cerrahi tanıya göre karşılaştırılması

Parametreler	Medikal Tedavi	Cerrahi Tedavi	p
Cinsiyet			
Kadın	143 (%82.2)	31 (%17.8)	0.898
Erkek	134 (%82.7)	28 (%17.3)	
Yaş grubu			
65–74 yaş	151 (%85.8)	5 (%14.2)	0.095
75 ve üzeri yaş	126 (%78.8)	34 (%21.2)	
Karın ağrısının nedeni			
Dahili nedenler	251 (%97.3)	7 (%2.7)	0.000
Cerrahi nedenler	26 (%33.3)	52 (%66.7)	

İlk tanısı dahili olan hastaların %2.7'sine cerrahi tedavi, ilk tanısı cerrahi olan hastaların da %26'sına medikal tedavi uygulanmıştır. Geriatrik karın ağrılı hastalarda uygulanan tedaviyi incelediğimizde medikal tedavinin daha ağırlıklı olarak uygulandığını cerrahi tedavinin ise daha az sıklıkta uygulandığını saptadık (Tablo 18).

5.TARTIŞMA

Toplumun yaşlanmasına bağılı olarak AS'e başvuran geriatric hasta sayısının gün geçtikçe arttığı bir gerçektir. Geriatric hastalarla ilgili olarak yapılan farklı çalışmalarda AS'e başvuru oranının %9-15 arasında değıştiğı bildirilmektedir (2,5,7,82). Biz yaptığımız çalışmada bir yıl içinde 9431 geriatric hastanın AS'e başvurduğunu ve bunun tüm AS başvurularının %21.2'sini oluşturduğunu saptadık. Geriatric yaş grubundaki hastaların AS'e başvuru nedenleri arasında karın ağrısının önemli bir yer tuttuğı ve tüm AS başvurularının yaklaşık %5-8'ini oluşturduğı Gallenger ve ark. tarafından bildirilmiştir (17). Fagbohun ve ark. (6) yaptıkları çalışmada karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran geriatric hastaların oranını %10 olarak rapor etmişlerdir. Kılıçarslan ve ark. (83) geriatric hastaların AS'e en sık hangi yakınmalarla başvurduklarını inceledikleri çalışmada azalan sıklıkta sırasıyla göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı ve baş ağrısının bulunduğunu saptamışlar ve karın ağrılı olguların oranını %5.7 olarak bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda AS'e karın ağrısı yakınmasıyla başvuran geriatric hastaların %4.4 oranında olduğunu ve sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğunu gözlemledik.

Karın ağrısı yakınmasıyla AS'e başvuran hastaların büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğı yapılan farklı çalışmalarda rapor edilmiştir (84-87). Gardner ve ark. (88) karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran geriatric hastaların %60'ını kadın olguların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Biz de çalışmamızın sonunda literatürle uyumlu olarak karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların erkeklere göre kadınlarda fazla olduğunu saptadık. Kadın hastaların yaş ortalaması 75.3 ± 6.7 yıl iken erkek hastaların yaş ortalaması 74.2 ± 6.2 yıl idi. Çalışmamızın sonuçları yaş ortalaması bakımından literatür ile uyumluydu. Bu durumun doğuştan beklenen yaşam süresinin kadın cinsiyette daha uzun olması nedeniyle kadınların nüfustaki oranlarının giderek artması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Karın ağrısı ile hastaneye başvuran yaşlı hastalarda ağrının nedeninin sıklıkla safra kesesi ve yollarına ait hastalıklardan kaynaklanabileceğı gibi akut pankreatitten de kaynaklanabileceğı ifade edilmektedir. Safra kesesi ve yollarına ait hastalıkların yaşlılarda sık görülmesinin nedenleri olarak yaşın ilerlemesiyle kolesistokinine safra kesesi kontraksiyon cevabının azalması, safranin kolesterol ve fosfolipid içeriğindeki

artışın safra taşı oluşumunda artışa neden olması ve yaşlı hastaların safra kanal çaplarının gençlere göre daha geniş olması sorumlu tutulmaktadır (41,42,89). Biz çalışmamızda hastaların %19.6'sında karın ağrısının safra kesesi hastalıklarından kaynaklandığını ve %4.8'inde ise akut pankreatitten kaynaklandığını belirledik. Hastalarımızda safra kesesine ve yollarına ait nedenleri sık görmemizin nedeni olarak, hastanemizin ERCP yapılan bir merkez olması nedeniyle safra kanallarında taş saptanan hastaların ERCP yapılmak üzere hastanemize sevk edilmesini söyleyebiliriz.

Geriatrik hastalarda karın ağrısına bulantı-kusma, iştahsızlık, ishal, kabızlık ve sarılık gibi yakınmalar eşlik edebileceği gibi, yaşlanmayla birlikte demansın görülmesine bağlı olarak hastalarda karın ağrısına oral alım azlığı ve genel durum bozukluğu da eşlik edebilmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda karın ağrısına en sık eşlik eden yakınmanın bulantı-kusma olduğu bildirilmiştir (4,85). Biz çalışmamızda AS'e başvuru anında hastalarımızın %20.8'inde karın ağrısı dışında herhangi bir yakınmanın bulunmadığını, %49.6'sında karın ağrısı ile birlikte bulantının bulunduğunu ve %40'ında ise kusmanın bulunduğunu saptadık. Staniland ve ark. (84) yaptıkları çalışmada gaz gaita çıkarmama yakınmasının cerrahi nedeni tanı grubunda daha yüksek görüldüğünü bildirmiştir. Biz de çalışmamızda Staniland ve ark. çalışmasına benzer sonuç saptadık.

Günümüzde beklenen yaşam süresindeki uzama ile birlikte kronik hastalıklar da sık görülmektedir ve geriatrik hastaların günlük yaşantısında kronik hastalıklar önemli bir problem haline gelmektedir. Yapılan araştırmalarda yaşlı hastaların %75-90'ında en az bir hastalığın ya da daha fazlasının bulunduğu belirtilmiştir (2,9,90,91). Loloğlu ve ark. (2) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada geriatrik hastalarda %40.8 oranında hipertansiyon, %26.6 oranında koroner arter hastalığı ve %22.4 oranında ise diabetes mellitusun görüldüğünü bildirmişlerdir. Biz çalışmamızı oluşturan hastaların %77.4'ünde kronik bir hastalığın bulunduğunu saptadık. Kronik hastalığı bulunan geriatrik hastaların da %47.2'sinde hipertansiyon, %25.7'sinde diabetes mellitus ve %24'ünde ise malign bir hastalığın mevcut olduğunu gözlemledik. Bizim çalışmanın sonuçları geriatrik hastalarda görülen kronik hastalıklar bakımından literatürde mevcut olan diğer çalışmalar ile benzerdi. Ayrıca çalışmamızda 75 ve üzeri yaş grubundakilerde nörolojik hastalıkların (Alzheimer, Parkinson, Serebrovasküler olaylar, ...vb gibi)

görülme oranının 65-74 yaş grubuna göre iki kat daha fazla görüldüğünü de saptadık. Yetmiş beş yaş ve üzerindekilerde nörolojik hastalıkların daha fazla görülmesi nedeni ile ilerleyen yaşın nörolojik hastalıkların görülmesinde önemli bir risk faktörü olabileceğini söyleyebiliriz.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak geriatric hastalarda infeksiyonlara yatkınlığın arttığı fakat vücut sıcaklığındaki artışın ise daha geç ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ayrıca geriatric hastalardaki ateşin derecesinin gençlere göre daha düşük düzeyde seyrettiği de rapor edilmiştir (92). Biz çalışmamızda hastalarımızın vücut sıcaklığının ortalama 36.6 ± 0.6 °C olduğunu ve bunun literatürle uyumlu olduğunu gözlemledik. Mert ve ark. (1) yaptıkları çalışmada karın ağrısı yakınması ile hastaneye başvuran hastaları iki yaş grubuna ayırarak (45-65 yaş, 65 yaş ve üzeri) bu hastaların yaşamsal bulgularını karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda da 65 yaş ve üzeri grupta yaşamsal bulguların diğer gruba göre daha çok değiştiğini bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda yaş grupları arasında yaşamsal bulgular bakımından anlamlı bir değişikliğin bulunmadığını gözlemledik.

Yaşlı hastalarda safra kesesi ve yollarına ait hastalıkların en sık görülen acil cerrahi neden olduğu yapılan iki farklı çalışmada rapor edilmiştir (7,92). Kauvar ve ark. (46) geriatric hastalarda acil cerrahi girişim gerektirecek en sık üçüncü nedenin akut appendisit olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan başka çalışmalarda ise karın ağrısı ile AS'e başvuran yaşlı hastaların %10'unda acil cerrahi girişim gerektirecek nedenin barsak tıkanıklığı olduğu bildirilmiştir (53,79,93). Ayrıca yaşlılarda barsak tıkanıklığının genç hastalara oranla üç kat daha fazla görüldüğü de Telfer ve ark. tarafından bildirilmiştir (52). Biz çalışmamızın sonucunda karın ağrısı nedeniyle ameliyat edilen geriatric hastalarda azalan sıklıkta sırasıyla kanser cerrahisi, kolesistektomi ve appendektominin yapıldığını gözlemledik. Bizim hastalarımızda kanser cerrahisinin daha fazla yapılmasının nedeni olarak; hastanemizin üçüncü basamak bir hastane olması, hastanemizde onkolojik hasta takibinin ve cerrahi tedavisinin yapılması nedeni ile çevre illerden hastanemize hastaların sevk edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yaşlanmayla birlikte osteoporoz, artrit gibi hastalıkların görülme ihtimalinin genç yaşa göre daha fazla olması nedeniyle yaşlılarda sürekli ağrı kesici kullanımı siktir. Sürekli ağrı kesici kullanılması nedeniyle karın ağrısı ile ilişkili klinik bulgular

yaşlılarda daha silik görülebilmektedir (92). Durukan ve ark. (4) çalışmalarında karın ağrısı bulunan geriatric hastaların gecikmiş olarak hastaneye başvurduklarını (karın ağrısının başlamasından ortalama 97.1 ± 160.8 saat sonra) ifade etmişlerdir. Ayrıca geriatric hastalarda karın ağrısına neden olan önemli abdominal patolojik durumlarda bile fizik muayenenin silik olabileceğini, defans ve rijiditenin de görülemeyebileceğini bildirmişlerdir. Hastaneye gecikmiş olarak başvurulmasının diğer bir nedeni olarak da fizik muayenedeki bulgularının silik olmasını rapor etmişlerdir (4). Pappas ve ark.(94) yaptıkları çalışmada karın ağrısı yakınması ile hastaneye başvuran hastaları iki gruba ayırarak (65 yaş altı, 65 ve üzeri yaş), karın ağrısının başlamasından hastaneye başvuru sürelerini karşılaştırmış ve hastaların büyük çoğunluğunun karın ağrısının başlamasından sonra 24 saat içinde hastaneye başvurduklarını gözlemleyerek her iki grupta da benzer sonuçları saptadıklarını vurgulamışlardır. Çalışmamızda hastaların fizik muayenesinde %79.4 oranında hassasiyet bulunduğunu, %20.9 oranında defans ve %10.4 oranında ise rebound görüldüğünü ve karın ağrısı yakınmalarının 24 saatten önce başladığını saptadık.

Karın ağrısı bulunan geriatric yaş grubu hastalarda en önemli katastrofik nedenlerin abdominal aort anevrizma (AAA) rüptürü ve aort diseksiyonu olduğu Ersel M. tarafından rapor edilmiştir (92). Bengtsson ve ark. (65) elli yaşın altındaki erkeklerde AAA rüptürünün %2-4 prevalansa sahip olduğunu ancak 50 yaş ve üzerindeki erkeklerde prevalansın %10'a çıktığını bildirmişlerdir. Nadir görülmesine karşın oldukça fatal seyreden bir diğer katastrofik neden de mezenter iskemisidir (57). Günümüzde teknolojinin ilerlemesine paralel olarak erken tanıya olanak sağlayan ileri görüntüleme tekniklerine rağmen halen mezenter iskemisinin mortalite oranı %60-90 arasında değişmektedir (58,59). Biz çalışmamızda geriatric hastalarımızda AAA görülme oranının %0.3, mezenter iskemisi görülme oranının ise %0.9 olduğunu saptadık ve sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğunu gözlemledik. Mezenter iskemisi teşhisi konan toplam 3 hastamız bulunmaktaydı ve bu hastalar yatırıldığı serviste cerrahi girişim yapıldıktan sonra ex oldu.

Acil servise başvuran karın ağrılı yaşlı hastaların klinik bulgularının silik olması nedeniyle bu hastalarda konsültasyon eşliğinin düşük tutulması gerektiği bildirilmektedir (7). Mert ve ark. (1) karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların %45.4'üne dahili ve/veya

cerrahi bölümlerden konsültasyon istendiğini raporlamışlar ve bu bölümlerden istenilen konsültasyonların 65 yaş ve üzerindeki hastalarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda hastalarımızın %75.9'unda konsültasyon istendiğini saptadık. Konsültasyon isteme oranımızın literatüre göre daha yüksek saptamamızın nedenini çalışmamızın sadece geriatrik yaş grubundaki hastaları içermesinden dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Yaşlı hastalarda yapılan tüm tetkiklere rağmen herhangi bir patolojinin saptanamadığı ve gözlem sırasında karın ağrısının geçtiği nonspesifik karın ağrılı hastalar genç yaşa göre daha azdır. Bavunoğlu ve ark. (95) yaşlı hastalarda nonspesifik karın ağrısının %15'ten az görüldüğünü bildirmişlerdir. Bizde çalışmamızda Bavunoğlu ve ark. rapor etmiş olduğu gibi nonspesifik karın ağrısı görülme oranını %11.9 olarak saptadık..

Yaşlanmayla birlikte immün sistemin zayıflaması sonucu enfeksiyon hastalıklarının yaşlılarda daha sık görüldüğü raporlanmıştır (4). Saçar ve ark. (96) yaptıkları çalışmada geriatrik hastalardaki enfeksiyonları değerlendirmişler ve en sık idrar yolu enfeksiyonu bulunduğunu, bunu gastroenteritin izlediğini bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda akut gastroenteritin en fazla görülen enfeksiyon olduğunu ve bunu idrar yolu enfeksiyonunun takip ettiğini gözlemledik.

Genç hastalarda karın ağrılarının sık nedenlerinden biri olan akut apandisit yaşlı hastalarda daha az rastlanılmaktadır. Yapılan farklı çalışmalarda tüm akut apandisit vakalarının ancak %5-10'unun yaşlılarda görüldüğü bildirilmiştir (5,97,98). Durukan ve ark.(4) yaptıkları bir çalışmada karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastaların %4.5'inde akut apandisit tanısı saptadıklarını bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda akut apandisit %1.8 oranında görüldüğünü saptadık ve bu hastalarında büyük çoğunluğunu 65-74 yaş grubundakilerin oluşturduğunu gözlemledik. Biz bu durumun yaşlanma ile birlikte akut apandisit görülme insidansının azalması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Türker ve ark. (101) AS'e başvuran hastaların nihai durumlarını inceledikleri çalışmalarında %33'nün medikal tedavi ile rahatladığını ve sonrasında hastaneden taburcu olduklarını, %18.4'nün ilk değerlendirme sonrasında polikliniğe gelmek üzere taburcu olduklarını, %18.7'nin genel cerrahi servisine yatırıldığını, %9.4'nün ise dahiliye servisine yatırıldığını, %5.6'nın reçete verilerek taburcu olduğunu, %4.5'nin

AS'teki gözlemi sonrasında taburcu edildiklerini, %1.9'nun uygulanan tedaviyi reddederek hastaneden çıktıklarını ve %0.4'nün ise öldüğünü bildirmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada 45-64 yaş grubundaki hastalarda taburculuk oranının %78.6, yatış oranının ise %19.6 olduğu bildirilirken 65 yaş ve üzerindeki geriatrik hasta grubunda bu oranların sırası ile %51.7 ve %44.5 olduğu saptanmış ve yaşlı hastalarda AS'ten taburculuk oranı azalırken hastaneye yatış oranının arttığı vurgulanmıştır (1). Biz hastalarımızın %41.7'sinin AS'te takip sonrası taburcu edildiğini, %48.8'nin bir servise yatırıldığını ve %12.2'sinin ise öldüğünü gözlemledik. Hastaneye yatış ve mortalite oranımızın diğer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni olarak geriatrik hastalarımızda karın ağrısına eşlik eden kronik hastalıkların sıklıkla bulunmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

İnsanlara ileri yaşlarda cerrahi işlem uygulanmasının morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmekte ve bunun nedenleri olarak da ileri yaşlarda eşlik eden hastalıklar ve bunlara bağlı olarak fonksiyonel rezervin düşmesi, hastalık prezentasyonundaki gecikme ve atipiklik sorumlu tutulmaktadır (102,103). Literatürde karın ağrısı yakınması ile hastaneye başvuran hastalarda mortalite oranının %11-14 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (7). Yapılan farklı çalışmalar geriatrik hastalardaki acil cerrahi girişime bağlı mortalite ve komplikasyon oranının elektif cerrahi girişim yapılanlara göre daha yüksek olduğu ve acil cerrahi uygulananlarda mortalite oranının %11-37 arasında değiştiği bildirilmektedir (56,103,104). Biz çalışmamızda mortalite oranını dahili nedenlere bağlı karın ağrısı olanlarda %9.7 ve cerrahi karın ağrısı olanlarda ise %20.5 olduğunu gözlemledik. Literatürde geriatrik hastalarda cinsiyetin mortaliteyi arttırdığına ya da etkilemediğine dair farklı görüşler bulunmaktadır. Ağalar ve ark. (105) çalışmalarında erkeklerin mortalite hızının kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğunu ifade ederlerken, Reis ve ark. (106) ise cinsiyetin mortalite üzerinde bir etkisinin bulunmadığını vurgulamışlardır. Biz çalışmamızda 75 ve üzeri yaştaki hastalarda mortalite oranının diğer yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğunu ve mortalite oranının erkeklerde kadın cinsiyete göre daha yüksek olduğunu saptadık.

Karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların servislere yatış oranının yapılan çalışmalarda %18.9 ile %63.2 arasında değiştiği bildirilmiştir (4,5,81,98). Pappas ve ark. (97) karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaları iki yaş grubuna

ayırarak (65 yaş altı, 65 ve üzeri yaş) hastaların servislere yatış oranını ve yatırıldığı servisleri inceledikleri çalışmalarında ve hastaneye yatış oranının 65 yaş altı hastalarda %22 olduğunu, 65 yaş ve üzerindekilerde ise %43 olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca 65 yaş altındaki hasta grubunda en sık yatış yapılan servisin cerrahi bilimler olduğunu, 65 yaş ve üzerindeki hasta grubunda ise en sık yatış yapılan servisin dahili bilimler olduğunu ifade etmişlerdir. Mert ve ark. (1) ise çalışmalarında geriatrik hastaların orta yaş grubundakilere (45-64 yaş) göre servislere daha fazla yatırıldığını bildirmiş ve her iki yaş grubunda da en fazla yatış yapılan birimin genel cerrahi olduğunu raporlamışlardır. Biz çalışmamızda her iki yaş grubunda da hastalarımızın çoğunlukla dahili bilimlere özellikle de gastroenteroloji servisine yatırıldığını gözlemledik.

Acil servisler, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine en kısa sürede ulaşılmasını sağlayan birimlerdir. Chan ve ark. (100) çalışmalarında AS'deki aşırı kalabalıktan dolayı AS'e başvuran hastaların %1.4-2.9'nun uzun bekleme süresi nedeniyle doktor tarafından değerlendirilmeden AS'den ayrıldığını, hatta bu oranın %15'e kadar ulaşabildiğini rapor etmişlerdir. Serinken ve ark. (99) AS'den tedaviyi reddederek ayrılanların oranının %1 olduğunu ve bunların geliş yakınmalarının azalan sıklıkta sırasıyla zehirlenme, karın ağrısı ve göğüs ağrısı olduğunu raporlamışlardır. Biz çalışmamızda karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların %68'nin AS'de 6 saatten fazla beklediğini ve %7.1'nin ise uygulanan tedaviyi reddederek AS'ten ayrıldığını saptadık. Ayrıca çalışmamızda tedavi red oranının dahili nedenli karın ağrısı bulunanlarda %8.5 olduğunu ve cerrahi nedenli karın ağrısı bulunanlarda ise %2.6 olduğunu gözlemledik. Biz bu durumun dahili nedenli karın ağrısı olanların cerrahi nedenli karın ağrısı olanlara göre AS'de 24 saatten daha fazla beklemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yapılan farklı çalışmalarda karın ağrılı hastaların büyük çoğunluğuna medikal tedavinin uygulandığı ifade edilmekte ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların oranının %7-14.5 arasında değiştiği bildirilmektedir (97,107,108). Pappas ve ark. (97) çalışmalarında karın ağrısı yakınması ile hastaneye başvuran hastaları iki gruba ayırmış (65 yaş altı, 65 ve üzeri yaş) ve uygulanan tedavi şeklini karşılaştırmışlardır. Uygulanan tedavi bakımından her iki grupta da benzer oranlarda cerrahi tedavi yapıldığını bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda tüm hastaların %17.6'sına cerrahi tedavi

uygulandığını gözlemledik ve cerrahi tedavi yapılan hastaların oranının 65-74 yaş grubunda %14.2 olduğunu, 75 ve üzeri yaş grubunda ise %21.2 olduğunu saptadık.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Geriatrik hastalarda karın ağrısının en sık nedeni safra kesesi ve yollarına ait hastalıklardır.
2. Karın ağrısı yakınması ile başvuran hastaların %77.4'ünde en az bir kronik hastalık görülmektedir.
3. Yaşın artması ile birlikte nörolojik hastalık görülme ihtimali artar.
4. Karın ağrısına en sık bulantı kusma eşlik etmektedir ve gaz çıkaramama cerrahi tanı alan hastalarda daha fazla görülmektedir.
5. Geriatrik hastalarda konsültasyon eşiği düşük tutulmalıdır.
6. Geriatrik hastalarda karın ağrısı nedeniyle azalan sıklıkta sırasıyla kanser cerrahisi, kolesistektomi ve appandektomi yapılmaktadır.
7. Karın ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda mortalite oranı %12.2 olup cerrahi karın ağrısı olanlarda ve erkeklerde mortalite oranı daha yüksektir. Yaşın artması ile korele olarak mortalite de artmaktadır.
8. Karın ağrısı yakınması ile başvuran geriatrik hastaların büyük çoğunluğu dahili bilimlere yatırılmakta ve en çok yatış yapılan servis gastroenteroloji servsidir.
9. Dahili tanı alan hastalar, cerrahi tanı alan hastalara göre daha fazla tedavi reddi ile AS'i terk etmektedir.
10. Karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların büyük çoğunluğuna medikal tedavi uygulanmakta olup cerrahi tedavi uygulanma oranı 75 ve üzeri yaş grubu hastalarda daha yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Mert DK. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran 45-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri hastaların karşılaştırılması ve tanılarının fizyolojik değişikliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, Uzmanlık Tezi, 2014; 1-35.
2. Loloğlu A, Ayırık L, Köse C, et al. Acil servise başvuran travma dışı geriatrik olguların demografik özelliklerinin incelenmesi. Tr J Emerg Med 2013; 13 : 171-79.
3. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. Ann Emerg Med 1992; 21: 819-24.
4. Durukan P, Yıldız M, Çevik Y. Acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 111-14.
5. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, et al. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6: 83-8.
6. Fagbohun CF, Toy EC, Baker B. The evaluation of acute abdominal pain in the elderly patient. Prim Care Update Ob/ Gyns 1999; 6: 181-85.
7. McNamara R. Abdominal pain in the elderly. In Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency Medicine; A comprehensive study guide. 5th Ed. NY USA, McGraw-Hill, 2000; 515-19.
8. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7: 105-110.
9. Ragsdale, L, Southerland L. Acute abdominal pain in the older adult. Emerg Med Clin North Am, 2011; 29 :429-48.
10. Koç F, Kekeç Z. Acil servise başvuran geriatrik olgularının nörolojik yönden değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14: 117-21.

11. Arulat T. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Geriatri Kongresi, Antalya, Kongre Kitabı, 2009; 17-22.
12. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, 2014.
13. T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Nüfus Kütükleri verileri. 2005; Available from: http://www.nvi.gov.tr/Hizmetler/Istatistikler,Nufus_Kutukleri_Istatistikleri.html, 2014
14. Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, et al. Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Prevelansı. Ağrı Dergisi 2001; 13 :22-30.
15. Ganong FW. Ağrı Tıbbi Fizyoloji Nobel Tıp Kitabevi 2002; 132-40.
16. Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am, 2001; 19: 123-36.
17. Gallenger EJ. Gastrointestinal emergency: Acute abdominal pain. In Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine; A comprehensive study guide. 5th Ed. NY USA, McGraw-Hill, 2000; 356-66.
18. Özkan K. Akut karın. Özkan K, Özen N, Malazgirt Z, editors. Genel Cerrahi Ders Notları. Ankara, Hacettepe-Taş, 1996: 205-14.
19. Lameris W, Randen AV, Dijkgraaf MGW, et al. Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. BMC Emergency Medicine, 2007; 7: 9.
20. Trott AT, Lucas RH. Acute abdominal pain, in Rosen P, Barkin R, Danzl DF, editors Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 4th ed. 1998; 1888-903.
21. Younis MT. Evaluation of acute abdominal pain. In Thomas A, Schwartz GR, editors. Principles and practice of emergency medicine. 4th Ed. Philadelphia/USA, Williams and Wilkins, 1999; 465-87.

22. Huether SE, Leo J. Pain, temperature regulation, sleep, and sensory function. In McCance KL, Huether SE, editors. *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults & Children*. Mosby, St Louis. 2002; 401-37.
23. Doherty GM, Boey JH. The acute abdomen. In Way L, Doherty GM, editors. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. New York, Lange Medical Books/Mc Graw-Hill, 2003; 503-16.
24. Guyton AC. Pain, headache and thermal sensations. In Guyton AC, Hall JE, editors. *Human Physiology and Mechanisms of Disease*. 9th Ed. Philadelphia, WB Saunders. 1996; 392-9.
25. Golstein PE, Askenasi R, Cremer M. Abdominal pain. In Cremer M., editor. *Gastroenterology and Hepatology*. London, Mc Graw-Hill, 1999; 35-47.
26. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Acute abdominal pain. In Feldman M, Friedman L, Sleisenger, editors. *Gastrointestinal and liver disease*. Philadelphia, Saunders, 2007; 90-8.
27. Emet M, Erođlu M, Aslan Ő, et al. Approach to patient with abdominal pain. *The Eurasian Journal of Medicine* 2007; 39: 136-41.
28. Ertekin C, Gulođlu R, Tavilođlu K. Akut Karın Hastasına Yaklaşım. In Ertekin C, Gulođlu R, Tavilođlu K, editors. *Acil Cerrahi*. 1. baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2009; 257-77.
29. Gürkán E. Acil serviste karın ağrılı hastaya yaklaşım. Kekeç Z, editor. *Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı ve Tedavi Uygulama Kitabı*. 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011; 229-50.
30. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24: 371-88.
31. Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, et al. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED setting (GAPEDS) Phase 1 Study. *Am J EmergMed* 2005; 23: 709-17.

32. Seçkin Ü, Bodur H, Kutsal YG. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatrici* 1998; 1: 36-8.
33. Aygencel G, Yılmaz U, Karamercan M. Acil serviste karın ağrısını değerlendirmenin maliyeti. *Gazi Tıp Dergisi* 2009; 20: 7-12.
34. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, et al. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985; 202: 59-63.
35. Bedirli A. Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 1275-8.
36. Rothrock SG, Greenfield R, Falk JL. Acute abdominal emergencies in the elderly: Clinical evaluation and management Part II- Diagnosis and management of common conditions. *Emerg Med Reports* 1992; 13: 185-92.
37. Elwood DR. Cholecystitis. *Surg Clin North Am* 2008; 88: 1241-52.
38. Atilla R, Oktay C. Akut pankreatit. Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, et al. Editör, *Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Klavuzu (çeviri)'de Nobel Tıp kitabevleri*, 2013; 558-66.
39. Attasaranya S, Fogel EL, Lehman GA. Choledocholithiasis, ascending cholangitis and gallstone pancreatitis. *Med Clin North Am* 2008; 92: 925-60.
40. Martin SP, Ulrich CD. Pancreatic disease in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1999; 15: 579-605.
41. Rossetti B, Spizzirri A, Migliaccio C, et al. Acute pancreatitis in the elderly: Our experience. *BMC Geriatrics*, 2009; 9: 15.
42. Xin MJ, Chen H, Luo B, et al. Severe acute pancreatitis in the elderly: Etiology and clinical characteristics. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 2517-21.
43. Hoffman E, Perez E, Somera V. Acute pancreatitis in the upper age groups. *Gastroenterology* 1959; 36: 675-85.

44. Caesar R. Dangerous complaints: The acute geriatric abdomen. *Emerg Med Rep* 1994; 15:191-202.
45. Horakova M, Vadovicova I, Katuscak I, et al. Consideration of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in cases of acute biliary pancreatitis. *Bratisl Lek Listy*, 2009; 110 :553-58.
46. Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. *Clin Geriatr Med* 1993; 9: 547-58.
47. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin N Am* 1996;14 :615-27.
48. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North A* 2003; 21: 37-69
49. Horattas MC, Guyton DP, Wu D. A reappraisal of appendicitis in the elderly. *Am J Surg* 1990; 160: 291-3.
50. Lee JF, Leow CK, Lau WY. Appendicitis in the elderly. *Aust N Z J Surg* 2000; 70: 593-6.
51. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2003; 2: CD001439.
52. Telfer S, Fenyo G, Holt PR, de Dombal FT . Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1998; 144: 47-50.
53. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 357-62.
54. Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, et al. Surgical management of the acutely obstructed colon: A review of 127 cases. . *Am J Surg*, 1988; 56: 163-8.
55. Greenlee HB, Pienkos EJ, Vanderbilt PC, et al. Acute large bowel obstruction. *Arch Surg* 1974; 108: 470-6.
56. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: Experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982; 143: 751-4.
57. Ruotolo RA, Evans SR. Mesenteric ischemia in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1999; 15: 527-57.

58. Kassahun WT, Schulz T, Richter O, et al. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: Six year review. *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393 : 163-71.
59. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ, et al. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. *J Vasc Surg* 2002; 35: 445-52.
60. Acosta-Merida MA, Marchena-Gomez J, Hemmersbach-Miller M, et al. Identification of risk factors for perioperative mortality in acute mesenteric ischemia. *World J Surg* 2006; 30: 1579-85.
61. Edwards MS, Cherr GS, Craven TE, et al. Acute occlusive mesenteric ischemia:surgical management and outcomes. *Ann Vasc Surg* 2003; 17: 72-9.
62. McKinsey JF, Gewertz BL. Acute mesenteric ischemia. *Surg Clin N Am*, 1997; 77: 307-18.
63. Chang RW, Chang JB, Longo WE. Update in management of mesenteric ischemia. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3243-7.
64. Menteş A. Akut Karın. Sayek E, Editör Temel Cerrahi (çeviri’de) 1. Baskı, 1991; 107: 1057-66.
65. Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NH. Increasing prevalence of abdominal aorticaneurysms: A necropsy study. *Eur J Surg* 1992; 158: 19-23.
66. Urgo RC, Singh A. Abdominal Pain, in Plantz SH, Adler JN, editors. *NMS Emergency Medicine* 3rd ed. Baltimore, Williams&Wilkins 1998; 135-166.
67. Tüzün H. Abdominal Aorta Anevrizma Rüptürü. *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* 2005; 1: 102-104.
68. Radvany MG and C. KJ. Abdominal aortic aneurysm imaging Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/416266-overview#a20>, 2014.
69. Commane DM, Aasaradnam RP, Mills S, et al. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World J Gastroenterol*, 2009; 15: 2479-88.

70. Ferzocco LB. Acute diverticulitis [review]. *N Engl J Med* 1998; 338: 1521-6.
71. Thompson WG, Patel DG, Tao H, et al. Does uncomplicated diverticular disease produce symptoms? *Dig Dis Sci* 1982; 27: 605-8.
72. Henneman PL. Gastrointestinal bleeding. In Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Editors. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts And Clinical Practice*. 5th ed. St. Louis, Mosby Inc, 2002; 194-200.
73. Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non specific abdominal pain. *Br J Surg* 1994; 81: 1216-8.
74. Avkan Oğuz V, Yapar N, Erdenizlimenli M, et al. Effects of community-acquired infections on fever, leukocyte count and the length of stay in elderly. A cross-sectional study of 240 cases. *Saudi Med J* 2006; 27: 36
75. Varlı M. Yaşlıda sık görülen gastrointestinal problemler. *Klinik Gelişim* 2012; 25: 56-65.
76. Baert D, De Man M, Oosterbosch L, et al. Infectious gastroenteritis:are they all the same? *Acta Clin Belg* 1995; 50: 269-73.
77. Abrutyn E, Mossey J, Levison M, et al. Epidemiology of asymptomatic bacteriuria in elderly women. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 388-93.
78. Rodhe N, Löfgren S, Matussek A, et al. Asymptomatic bacteriuria in the elderly: High prevalence and high turnover of strains. *Scand J Infect Dis* 2008; 40: 804-10.
79. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukof LF., Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 1381-6.
80. Usui Y, Matsuzaki S, Matsushita K, et al. Urolithiasis in geriatric patients. *Tokai J Exp Clin Med* 2003; 28: 81-7.
81. Kaya E. Acil servise başvuran akut karın ağrılı hastalarda fizik muayene bulguları ile rutin labaratuvar görüntüleme yöntemlerini korele ederek cerrahi ve

dahili karın ağrısı ayırımı yapabilme. Mustafa Kemal Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay, Uzmanlık Tezi, 2011; 1-82.

82. Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. Turk Geriatri Dergisi 2006; 9: 70-4.
83. Kılıcaslan I, Bozan H, Oktay C, Goksu E. Demographic properties of patients presenting to the emergency department in Turkey. Turk J Emerg Med 2005; 5: 5-13.
84. Staniland JR, Ditchburn J, de Dombal FT. Clinical presentation of the acute abdomen: Study of 600 patients. Br Med J 1972; 3: 393-8.
85. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, et al. Nontraumatic Acute Abdominal Pain: Unenhanced Helical CT compared with three-view acute abdominal series. Radiology 2005; 237; 1: 114-22.
86. Agreus L, Svardstudd K, Nyren O, et al. The epidemiology of abdominal symptoms: prevalence and demographic characteristics in a Swedish adult population: a report from the abdominal symptom study. Scand J of Gastroenterology 1994; 29: 102-9.
87. Abbas SM, Smithers T, Truter E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? World Journal of Emergency Surgery 2007; 2: 26-7.
88. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, et al. Does gender influence ED management and outcomes in geriatric abdominal pain. J Emerg Med 2010; 39: 275-81
89. Affronti J. Biliary disease in the elderly patient. Clin Geriatr Med 1999; 15: 571-8.
90. Fadiloğlu C, Tokem Y. Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü. Turk Geriatri Dergisi 2004; 7: 241-6.

91. Ozdemir L, Kocođlu G, Sumer H, Nur N, Polat H, Aker A veark. Sivas il merkezinde yağlı nufusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktorleri. Cumhuriyet Universitesi Tıp Fakultesi Dergisi 2005; 27: 89-94.
92. Ersel M. Acute abdominal pain in geriatric patient. Ege Journal of Medicine 2014; 53: 26-37
93. Sonnenberg A. Demographic characteristics of hospitalized IBD patients. Dig Dis Sci 2009; 54: 2449-55..
94. Pappas A, Toutouni H, Gourgiotis S, et al. Comparative approach to non-traumatic acute abdominal pain between elderly and non elderly in the emergency department: a study in rural Greece. J Clin Med Res 2013; 4: 300-4.
95. Bavunoğlu I, şirin F. Akut cerrahi karını taklit eden cerrahi dışı nedenler.Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri 2005; 10: 30-5
96. Saçar S, Cenger DH, Asan A, et al. Geriatrik infeksiyonların 50 olguda değerlendirilmesi Pamukkale Tıp Dergisi 2008; 1: 84-6.
97. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. Am J Emerg Med 1998; 16: 43-8.
98. Gurleyik G, Gurleyik E. Age-related clinical features in older patients with acute appendicitis. Eur J Emerg Med 2003; 10: 200–97.
99. Türker řK, Beceren NG, Yolcu ř, et al. Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi Genel Tıp Derg 2015; 25: 1-7
100. Hoekstra HJ. Cancer surgery in the elderly. Eur J Cancer 2001; 37: 235-44
101. Smothers LS, Hynan L, Fleming J, et al. Emergency surgery for colon carcinoma. Dis Colon Rectum 2003; 46: 24-30.

102. Hirashima T, Yamashiro M, Hashimoto H, et al. Prognostic Analysis for Postoperative Complication of Abdominal Surgery in the Elderly. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1992; 29: 635
103. Reiss R, Deutsch AA. Emergency abdominal procedures in patients above 70. *J Gerontology* 1985; 40: 154.
104. Ağalar F, Özdoğan M, Daphan ÇE, et al. Akut karınla başvuran geriatric hastalarda cerrahi tedavi ve sonuçları. *Geriatrics* 1999; 1: 1-4
105. Kekeç Z, Koç F, Büyük S. Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. *JAEM* 2009; 8: 21-4
106. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA, et al. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 491-7. [CrossRef]
107. Serinken M, Türkcüer İ, Özen M, et al. A retrospective analysis of patients who visited the emergency department and left by their own choice in a University Hospital. *JAEM* 2013; 12: 126-9.
108. Çalışkan M, Coşkun A, Acar A, et al. Multivariate prospective evaluation of patients admitted with acute abdominal pain in emergency surgery clinics. *JAEM* 2010; 9: 75-82.
109. Yeniocak S, Türkmen S, Uzun Ö, et al. Analysis of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain *JAEM* 2012; 11: 212-5.