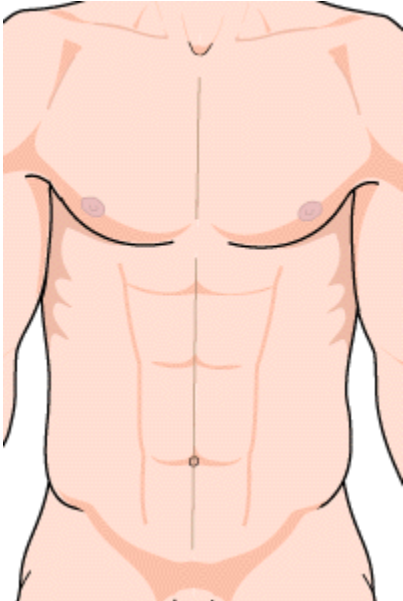


GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARININ TANISINDA ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE



DOÇ. DR. MURAT KIYICI
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

- **Bu dersin sonunda öğrenci;**
 1. Gastrointestinal sistem hastalıkları yönünden anamnez almayı öğrenecek
 2. Sık görülen gastrointestinal şikayetlerin;
 1. Tanımını yapabilecek
 2. Semptomların anamnestik özelliklerini bilecek
 3. İlişkili semptomları tanımlayacak
 4. Semptomlar arasındaki farkları bilecek
 5. Her semptomun sebebini ve mekanizmasını açıklayabilecektir.
 3. Karnın uygun muayene yöntemlerini bilecektir
 1. İnspeksiyon
 2. Oskültasyon
 3. Palpasyon
 4. Perküsyon
 4. Aşağıdakileri doğru bir şekilde tespit edebilecektir;
 1. Barsak sesleri
 2. Assit
 3. KC
 4. Dalak
 5. Abdominal kitle

GİS yakınmaları

- **Globus**
- **Heartburn (Göğüste yanma)**
- **Waterbrash (Ağıza su gelmesi)**
- **Disfaji**
- **Dispepsi**
- **Bulantı – Kusma**
- **Anoreksi**
- **Gaz ve şişkinlik**
- **Konstipasyon**
- **Diyare**
- **Malnutrisyon ve kilo kaybı**
- **Akut karın ağrısı (Akut abdomen)**
- **Kronik karın ağrısı (Kronik abdomen)**
- **Sarılık**
- **Assit**
- **Gastrointestinal kanama**
- **Karında kitle**
- **Proctalgia Fugax**

Globus

- **Sinonimleri:** Globus histerikus, boğazda düğümlenme
- **Tanım:** Yemeklerle ilişkisiz olarak boğazda düğümlenme hissi ve yutkunamama hissidir.
 - Stres ile ilişkilidir
 - Çok sık görülür
- **Mekanizma:** Fonksiyoneldir. Çoğunlukla ÜÖS' in dismotilitesi suçlanır.
- **Anamnez:** Hastalar yemeklerini rahat yerler ama yemek dışı zamanlarda tükürüklerini yutarken zorlanırlar. Aşırı stres ile birlikte daha fazla görülür. FM normaldir.
- **Ayırıcı Tanı:** Yemeklerle ilişkisiz olduğundan disfajiden ayrımı kolaydır.
- **Tedavi:** Hastaya güven vermek ve anksiyolitikler dışında tedavi gereksizdir. İleri tanı testleri yapılmaz.

Heartburn (Göğüste yanma)

- **Sinonimi:** Pirozis
- **Tanım:** Sternumun arkasındaki yanma hissidir. Öne eğilince, yattığında, ıkınma ile ve yemeklerden sonra artar. Bazı yiyecekler (asitli içecekler, çukolata, kahve gibi), obezite ile şiddetlenir. Anjinanın aksine, egzersizden etkilenmez.
- **İlişkili durumlar:** GÖRH (Ruminasyon: Geviş getirme; yiyeceklerin ağıza geri getirilmesi ve tekrar yutulmasıdır. Zararsızdır.
- **Mekanizma:** Azalmış AÖS basıncı, hiatus hernisi, özefagus dismotilitesi (skleroderma).
 - Ağrı mutlaka şiddetli özefajiti göstermez.
- **Anamnez:** Malignite belirtileri (disfaji, odinofaji, kilo kaybı, kanama, anemi) sorgulanmalıdır. FM normaldir.
- **Ayırıcı tanı:** Anjina pectoris, Diffüz özefageal spazm, kostokondritis.
- **Tedavi:** Disfaji ve anemi yoksa öncelikle tedavi denenir. PPI ve antiasitler yararlıdır. Tedavi başarısızsa veya alarm semptomları varsa endoskopi yapılır.

Waterbrash (Ağıza bol miktarda su gelmesi)

- **Tanım:** Ağıza spontan olarak hafif tuzlu, berrak sıvı gelmesi halidir.
- **Mekanizma:** Sıvı tükürük bezlerinden gelmektedir. Vagal kolinerjik refleks ile oluşur.
- **Anamnez:** Mideden gelen acı tat veren asidik sıvıdan farklıdır. Genellikle heartburn, peptik ülser hastalığı, akut gastroenterit gibi durumlara eşlik eder. Önemsizdir.
- **Ayırıcı tanı:** GÖRH, ruminasyon

Disfaji

- **Tanım:** Yutmada güçlük veya yemeklerin boğazda – retrosternal bölgede takılması hissidir.
- **Anamnez ve ayırıcı tanı:** Mekanik daralma (inflamatuvar striktür, malignite gibi).
 - Eğer disfaji kısa süreli ve progresif ise malignite düşünülür
 - Benign hastalıklar uzun süreli disfaji yapar
 - GÖRH semptomları benign striktörü düşündürür
 - Kostik ajan içilmesi de benign striktür yapabilir.
 - Özefagus enfeksiyonları (candida gibi) disfaji ve odinofaji (ağrılı yutma) yapar.
 - Tetrasiklin gibi ilaçların mukozaya yapışması ile de odinofaji olabilir
 - Hasta takılma yerini (özellikle alt uçta) tam tarif edemeyebilir.
 - Motor hastalıkları: Özellikle Diffüz özefageal spazm ve akalazyada olur. Hem katı, hem sıvılara karşı görülür. Hikaye intermittan ve uzun dönemlidir. Soğuk, sıcak yiyecek farkı vardır. Odinofaji olabilir.
 - Schatzki halkası: özefagus alt uçta benign mukozal darlık. Hep aynı büyüklükte gıdalar takılır.
 - Paterson-Kelly sendromu veya Plummer-Vinson sendromu. Kronik demir eksikliği anemisine bağlı üst özefagusta benign web.
 - Krikofaringeal disfaji: Zenker divertikülüne bağlı olarak ortaya çıkar. Yiyecek regürjitasyonu olabilir.
 - Özefagusa dıştan bası disfaji yapabilir.
- **Tanı yöntemleri:** Baryumlu grafi, endoskopi ve biyopsi, manometri, pH-metri
- **Tedavi:** Altta yatan sebebe yöneliktir.

8/23/1957
AXIOM-Artis M 74Y
VB23J 100708
HFS STUDY 1
8/23/2011
9:23:50 AM
1 - 17/34
8.51 sec

R

Plummer-Winson sendromu ve Nazal
regürjitasyon

1024
Oes. wt
EE 20% cm 40
A

Dispepsi

- **Sinonim:** Hazımsızlık
- **Tanım:** kronik (3 aydan uzun süreli), rekürren, sıklıkla yemeklerle ilişkili epigastrik ağrı, huzursuzluk veya dolgunluk hissidir.
- **Anamnez ve ayırıcı tanı:** Peptik ülser hastalığında bile yaklaşık % 50 olgu asemptomatik olabilir.
 - Bulantı, kusma, geğirme, şişkinlik eşlik edebilir.
 - Safra taşı veya safra yolu hastalıkları dispepsi sebebi olabilir.
 - Heartburn ekarte edilmelidir.
 - Sadece anamnez ile PÜ ile NÜD ayrımı yapılamaz. Gece ağrısı PÜ düşündürür. Kanama, kilo kaybı, kusma NÜD de olmaz.
 - FM de genellikle sadece epigastrik ağrı vardır. Klapotaj (succussion splash) mide çıkış yolu obstrüksiyonunu gösterir.
- **Tanı ve tedavi:** Toplumda çok sık (% 10) görülür. NSAİİ, Helikobakter pilori ekarte edilmelidir. Genç ve alarm semptomları olmayan hastalara ampirik tedavi verilebilir. Diğer hastalara baryum grafisi veya endoskopi yapılabilir.

Bulanti-Kusma

- **Tanım:** Mide içeriğinin zorlama ile ağızdan çıkarılması kusmadır. Bulantı kusma hissidir. Taşikardi, hipersalivasyon gibi bulgular eşlik edebilir.
- **Mekanizma:** Labirent uyarılması, ağrı, kötü anılar sebep olabilir. Kusma merkezi medullanın retiküler formasyon bölümündedir. Kemoreseptör tetik zonu 4. ventrikülün tabanındadır. Kusma merkezine direkt uyarıları farenks, koronerler, periton, dafra yolları, mide ve beyin korteksi verir. Kusma sırasında intragastrik basınç artar. AÖS gevşer.
- **Anamnez:** Öğürme (glottis kapalı iken yapılan spazmodik, atıcı solunum hareketleri) eşlik edebilir.
 - İlaçlar, diyet, psikolojik travma araştırılmalıdır.
- **FM:** Genellikle normaldir. Kitle palpasyonu maligniteyi düşündürür. Dehidratasyon olabilir.
- **Ayırıcı tanı:** İntraserebral sebepler (hidrosefali, beyin tümörleri), periferik tetikleyici alanların uyarılması (göğüs ağrısı, böbrek ağrısı), sistemik hastalık (kanser), ilaçlar ve gebelik. Üst GİS hastalıkları (özefajit, PÜH, mide Ca) sık görülür. Sabah kusmaları gebelik, GÖRH, alkol, üremi ve psikolojik olabilir.
- **Tedavi:** Primer hastalık tedavi edilir. Antihistaminikler, Fenotiazin, Domperidon, Metoklopramid

Anoreksi (İştahsızlık)

- Sık ve önemlidir. Non-spesifiktir. Organik ve psikolojik sebeplere bağlı olabilir. Anoreksi ve kilo kaybı maligniteye eşlik edebilir.
- **Mekanizma:** Hipotalamustaki “açlık merkezi” ve “doyma merkezi” ile yiyecek alımı denetlenir. Ancak anoreksi hipotalamustaki kompleks nörofarmakolojik ilişkiler ile olmaktadır.
- **Anamnez:** Altta yatan organik veya psikolojik hastalığı tanımak için anamnez alınmalıdır. Kilo kaybının miktarı tespit edilmelidir.
- **Ayırıcı tanı:** En ön planda GİS hastalıkları, maligniteler, KRY, KKY, depresyon, anoreksia nervosa.
- **Tedavi:** Primer hastalığa yöneliktir.

Gaz ve Şişkinlik

- Yellenme: Anüs yolu ile gaz çıkarmaktır. Fizyolojiktir. Gaz kolon bakterileri tarafından yapılır.
- Aşırı geğirme (*eructio nervosa*): Aerofaji (hava yutma) sonucunda oluşur. Genellikle psikolojiktir.
- Karında şişkinlik: Sebebi bilinmiyor. İBS (hipersensitiviteye bağlı) da sık olur. Aslında karında aşırı gaz yoktur. Uyku ve genel anestezi ile kaybolur. Mens ve stres etkiler.
- Normalde barsaklarda 100-200 ml gaz vardır. Günde 1 L gaz oluşturulur. Bunun 50-500 ml sini ortalama 13,6 keredede dışarı çıkarırız. Sellüloz gibi karbonhidratlar sindirilemez ve gaz oluşturur.
- Barsak gazları Hidrojen, karbodioksit, metan, yutulan nitrojen (% 99) ve eser gazlardan (% 1) oluşur. Hangi gazın daha fazla olacağı kişiden kişiye değişir.
- Kötü kokuyu oluşturan nadir gazlardır ve hidrojen sülfid ammonyum, skatol, indol ve uçucu yağ asitlerinden oluşur.
- *Borborygmi*: Barsaklarda gazlar ve havanın geçişi sırasında dışardan duyulan sestir.
- Midedeki gaz tamamen yutulan gazdır.
- Anti-reflü operasyonlar ve yatağa bağımlılık geğirmeyi zorlaştırabilir.
- FM' de abdominal timpani artmamıştır.

Konstipasyon

- **Sebepler:**
 - Fonksiyonel: İBS (dışkı sert, keçi pisliği şeklindedir)
 - Motilite bozuklukları: Atonik kolon (1. defekasyon refleksi başlatılamaz, 2. gastrokolonik refleks yok)
 - Defekasyon bozuklukları:
 - Hiperaktif anal sfinkter
 - Bozulmuş rekto-anal refleks
 - Farmakolojik: Opiatlar, anti-depresanlar, kalsiyum kanal blokerleri, laksatif kötü-kullanımı
 - Organik: Hipotiroidi, depresyon, Hirschsprung hastalığı, psödo-obstrüksiyonlar
 - İçi boş organ myopatileri ve nöropatileri
 - Obstrükte eden lezyonlar: kanser divertikülit
- **Tanım:** Haftada 3 kezden az dışkılama ± dışkılama sırasında zorlanma
- **FM:** İBS de rektum boştur. Atonide doludur. Proksimal kolonda gaita palpe edilir.
- **Lab:** Sigmoidoskopi, Kolon geçiş (transit) zamanı çalışması

Diyare

- **Sinonim:** İshal
- **Tanım:** Şekilsiz ve sulu gaitanın günde 3 kezden fazla ve/veya günde 200 gr dan fazla çıkarılmasıdır. Bazen urgency ve inkontinans eşlik edebilir.
- **Mekanizma:**
 - Ozmotik diyare (örn. Laktaz eksikliği, laksatif kullanımı, sorbitol). Açlıkta kaybolur.
 - Sekretuar diyare (E. Coli., Vibrio kolera, VIP, koleretik diyare). Açlıkla azalmaz
 - İnflamatuar (eksudatif) diyare (İBH)
 - Motilite bozukluğu (Hipertiroidi, İBS)
- İki haftadan kısa süreli diyare (akut) genellikle enfeksiyon (Seyahat diyaresi: Sıklıkla E. Coli' ye bağlı) veya toksinlere bağlıdır.
- Malabsorbsiyonda gaita çok kötü kokuludur.
- Sulu ve çok miktarda diyare İB kaynaklıdır.
- Gaitada kan ve pü inflamatuar diyare de olur.
- İBS de ishal-kabızlık periyotları vardır.
- Antibiyotik ile ilişkili diyareler (PME gibi)
- AIDS
- **Tanı:** Sigmoidoskopi, 3 günlük gaitada yağ miktarı, gaita direkt bakı, kültür, ova-parazit araması, anti-HIV

Malnutrisyon ve kilo kaybı

- **Tanım:** Yemek yeme (ingestion), sindirim (digestion), absorpsiyon, taşınma (transport), kullanım (utilization), atım (excretion) basamaklarındaki bozukluklara bağlı olarak organizmanın beslenememesi halidir.
- **Mekanizma:** Çeşitlidir.
 - Yiyecek yokluğu yada yiyememe (anoreksia), kusma
 - Maldijesyon: Pankreas hast, kolestaz, ileal hastalıklar,
 - Malabsorpsiyon: Mukozal hastalıklar, intestinal by-pass, rezeksiyon
 - Aşırı kayıp: protein kaybettiren enteropati
 - İlaçlar: kolestimamin safra emilimini bozar
 - Alkolizm: Batı toplumunda malnutrisyonun önemli bir sebebidir. Protein ve vitamin eksikliği (B6 gibi) olur.
- **FM ve Lab:**
 - Kilo kaybı varken ödem olmaması enerji eksikliğini gösterir.
 - Kas atrofisi protein-kalori eksikliği
 - Kuru, ince, pigmentli cilt vitamin ve eser element eksikliği
 - Ağız kenarında çatlak (cheilosis) riboflavin eksikliğine bağlı olur.
 - Glossitis ve dilde papillaların silinmesi B12, folik asit veya demir eksikliği ile olur.
 - Hepatomegali yağlı karaciğer sonucu gelişir.
 - Periferik nöropati (azalmış pozisyon duygusu), azalmış vibrasyon duygusu veya ataksi B12 eksikliği ile ilişkilidir.
 - Bacaklarda güçsüzlük, pareteziler nutrisyonel polinöropati (özellikle alkoliklerdeki tiamin veya piridoksin eksikliği ile)
 - Anemi demir, folat veya B12 eksikliğine sekonder gelişir.
 - Periferik ödem
 - Hipoalbuminemi.

Akut Abdomen

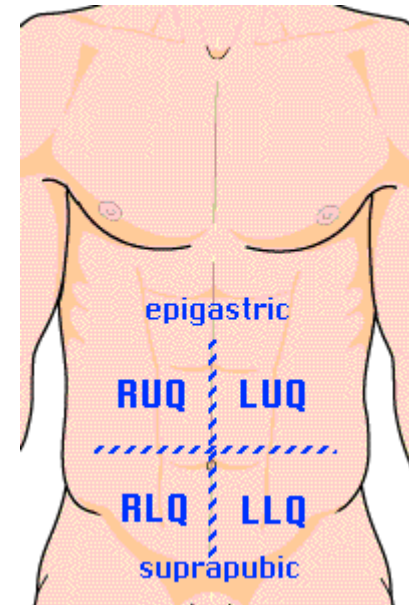
- **Tanım:** Aniden başlayan ve potansiyel olarak ölümcül olabilen karın semptomlarıdır. Çoğunlukla ağrı vardır. Tanı aciliyet gerektirir.
- **Mekanizma:** Karın organlarından kaynaklanan ağrılar karın duvarına ya direkt organlar tarafından veya karın duvarı sinirleri tarafından iletilirler. Nadiren sistemik bir hastalığın belirtisi de olabilir.
 - *Visseral ağrı:* Sempatik otonomik sinirler ile taşınır. Ağrı orta hattadır.
 - *Somatik ağrı:* Somatik afferent sinirler ile taşınır.

Karın ağrısının tipleri

- İçi boş organların ağrısı
 - Kramplı ve paroksismal
 - Yeri lokalize edilemez
 - Peristaltizm ile ilişkili
 - Hasta sabit duramaz
- Periton irritasyonu ile oluşan ağrı
 - Sabit ve sürekli
 - İyi lokalize edilir
 - Hasta dizleri karnına çekilmiş olarak sabit durur

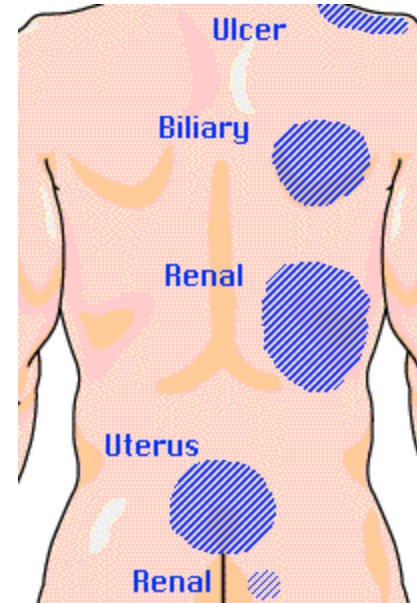
Karın ağrısının lokalizasyonu

- Dört kadran:
 - Sağ üst kadran (RUQ)
 - Sağ alt kadran (RLQ)
 - Sol üst kadran (LUQ)
 - Sol alt kadran (LLQ)
- Üç merkez alan:
 - Epigastrik
 - Periumbilikal
 - Suprapubik



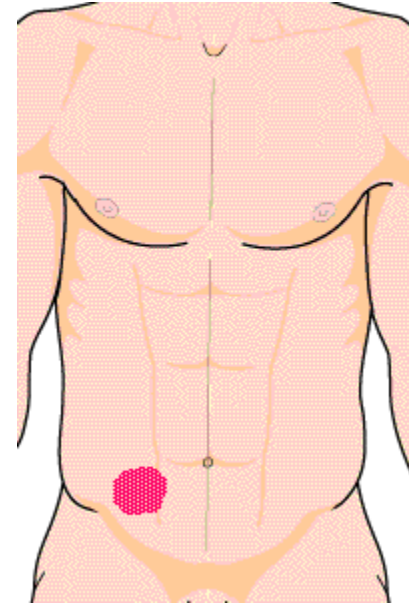
Karın ağrısının yayılımı

- Perfore ülser
- Biliyer kolik
- Renal kolik
- Dismenore ve doğum
- Renal kolik (kasık)



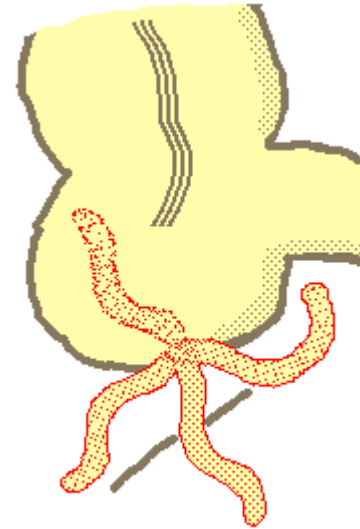
Klasik prezentasyon – Akut appendisit

- Erken dönemde periumbilikal ağrı ve anoreksi
- Peritonit gelişince ağrı RLQ' na iner
- Hafif ateş
- Bulantı-kusma başlarda yoktur
- ADBG normal olabilir



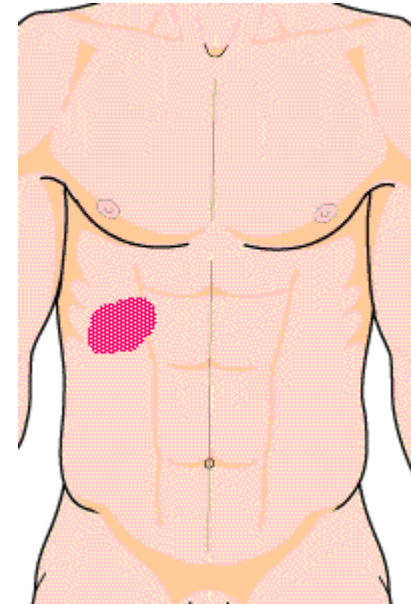
Appendisitın farklı klinik başvuru formları

- Appendiks' in farklı anatomik pozisyonları ile farklı klinik prezantasyonlar oluşabilir.
 - Anterior (karın duvarına doğru) – normal pozisyon
 - Pelvik
 - Retroçekal
 - Retroileal



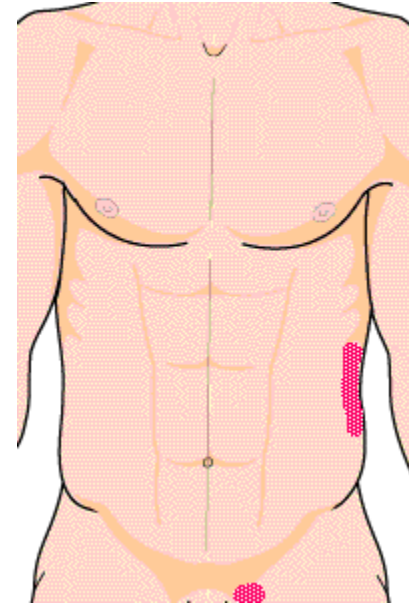
Klasik prezentasyon – Akut kolesistit

- Lokalize veya diffüz RUQ ağrısı
- Sağ skapulaya yayılır
- Kusma ve konstipasyon
- Hafif ateş



Klasik prezentasyon – Renal kolik

- Şiddetli boşluk (flank) ağrısı
- Kasığa yayılır
- Kusma ve üriner yakınmalar
- Hematüri



Kronik Abdomen (karın ağrısı)

- **Gastrointestinal sistem ile ilgili:** Dispepsi, İBS, peptik ülser hastalığı, iskemik barsak hastalığı, kronik obstrüksiyonlar (Crohn hast), kanser, divertikülit
- **Hepatobiliyer sistem:** biliyer kolik, pankreatit
- **Renal:** renal kolik
- **Jinekolojik:** Mittelschmerz, PID
- **Fonksiyonel karın ağrısı**

Sarılık

- **Tanım:** Serum bilirubin seviyelerinin artarak (2-4 mg/dl) deri ve mukozaların sarı renkte görünmesidir.
- **Mekanizma:**
 - **Prehepatik:** hemoliz,
 - **Hepatik:** viral hepatitler, siroz,
 - **Posthepatik:** taş, tümör
- **FM:** skleralar ve mukozada ikter, gaita renginde açılma, idrar renginde koyulaşma, hepatomegali, periferik karaciğer hastalığı bulguları, dilate safra kesesi, kaşıntı izleri

Assit (Ascites)

- **Tanım:** Peritoneal boşlukta sıvı toplanmasıdır.
- **Mekanizma:** İleri karaciğer hastalığı, albumin seviyesinde düşüklük, eksudasyon (tüberküloz peritonit), maligniteler, kollajen doku hastalıkları
- **Ayırıcı tanı:** SAAG önemlidir. > 1.1 değerler portal hipertansif, < 1.1 değerler diğer sebepleri gösterir. Asit hücre sayımı, sitoloji, kültür, trigliserid ölçümü yapılmalıdır.

GİS kanamaları

- **Tanım:** Gastrointestinal kanaldan olan kanamalardır. Akut-kronik, gizli-açık, az-abondan olabilir.
 - Hematemez
 - Melena
 - Hematokezya
 - Gizli kanama

GİS kanama belirti ve bulguları

- Solukluk
- Ekstremitelerde soğukluk
- Taşikardi
- Ortostatik hipotansiyon (Tilt testi)
- Dışkı rengi değişiklikleri
- Barsak seslerinde ve dışkılama sayısında artış
- Baş dönmesi, senkop, dispne, angina, şok

Nereden kanıyor ?

- ÜGK → Hematemez ve melen
- AGK → Hematokezya
- Duodenal kanamaların % 15' inde NG temiz
- NG' den safra geliyorsa kanama duodenal değildir.
- Melen distal kolondan olmaz.
- ÜGK' da hematokezya da olabilir.

ÜST GİS KANAMASI SEBEPLERİ:

A) Ülseratif, eroziv veya inflamatuvar sebepler:

- 1- Peptik ülser hastalığı: Gastrik - duodenal ülserler
Zollinger - Ellison send., GÖR hastalığı
- 2- Stres ülserleri
- 3- Enfeksiyöz sebepler: Helikobakter pylori
CMV, HSV' e bağlı gastritler
- 4- İlaçlar: Aspirin, NSAİİ, Tetrasiklin,
Kinidin, K⁺ tabletleri, Antikoagülanlar

B) Travma: Mallory-Weiss yırtığı Yabancı cisim yutmak

C) Vasküler lezyonlar:

- 1- Varisler
- 2- Angiomalar ve Osler - Rendu - Weber Sendromu
- 3- Dieulafoy lezyonu
- 4- Gastrik antral vasküler ektazi (Kavun mide)
- 5- Portal hipertansif gastropati
- 6- Aortoenterik fistüller
- 7- Radyasyon sebepli telenjiyektazi

D) Tümörler:

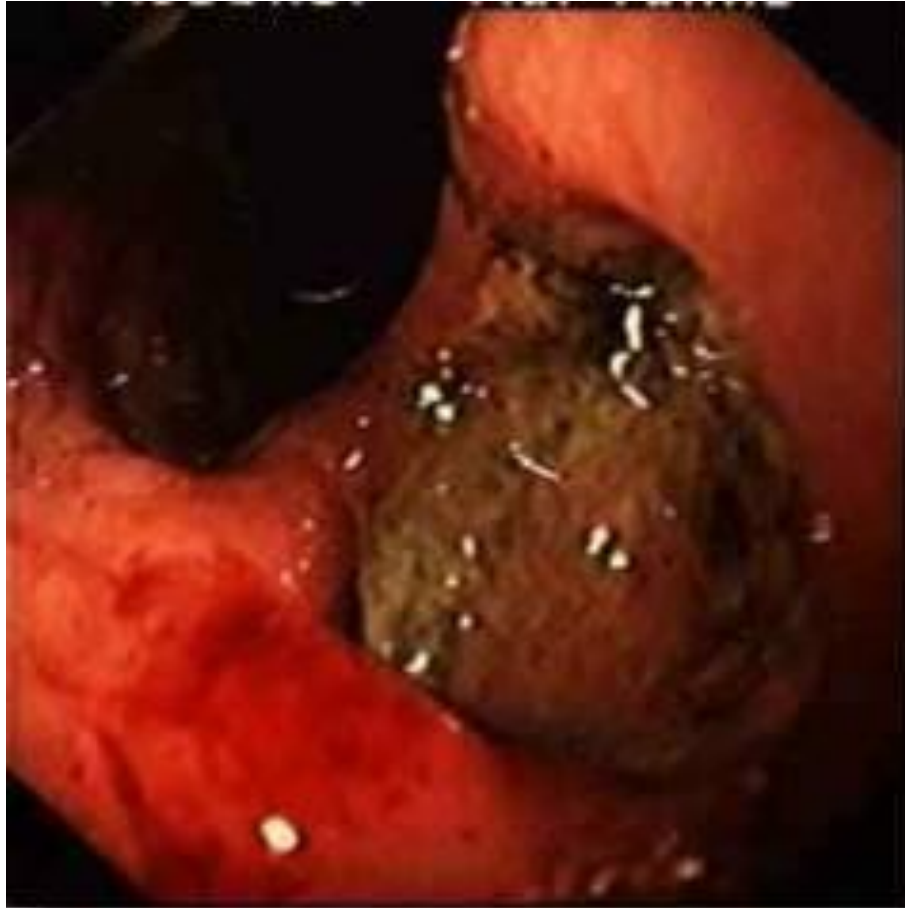
Benign: Leiomyoma, Lipoma, Polip, Nevus
Malign: Adeno Ca, Leiomyosarkoma, Lenfoma, Kaposi sarkomu,
Karsinoid, Melanoma, Metastatik Tm

E) Diğer: Hemobilia Hemosukkus pankreatikus

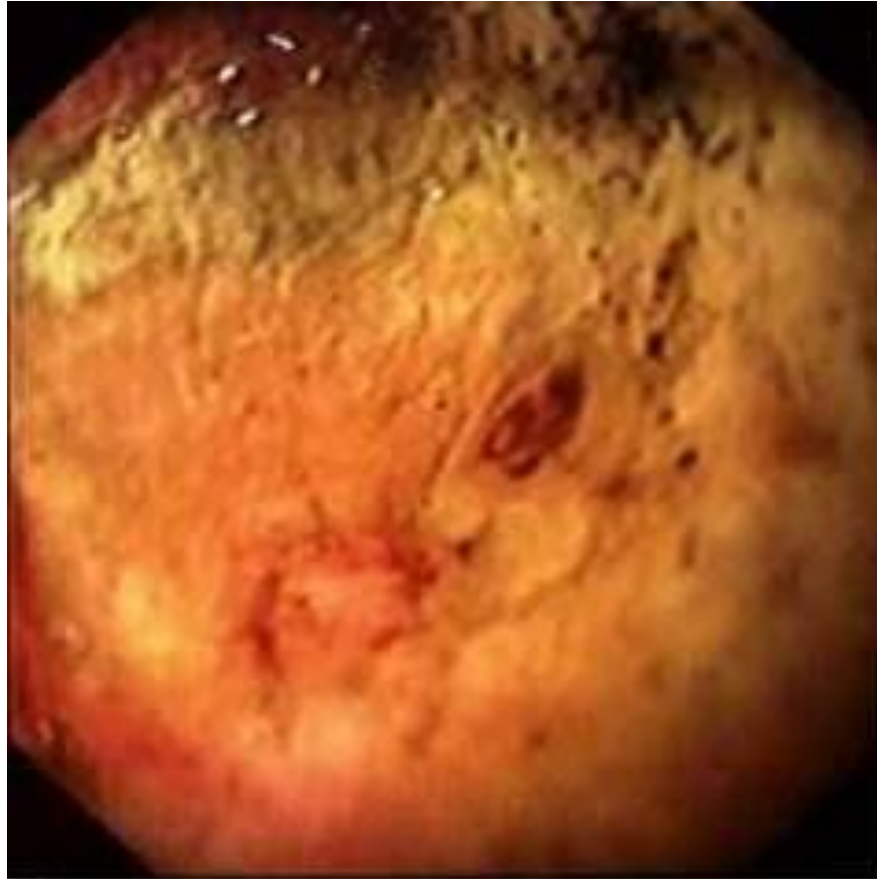
ŞİDDETLİ ÜST GİS KANAMASINDA ETYOLOJİK FAKTÖRLERİN SIKLIĞI:

- Peptik ülserler %55
- Gastroözefagial varisler %14
- Angiomalar %6
- Mallory-Weiss yırtığı %5
- Tümörler %4
- Erozyonlar %4
- Dieulafoy lezyonu %1
- Diğerleri %11

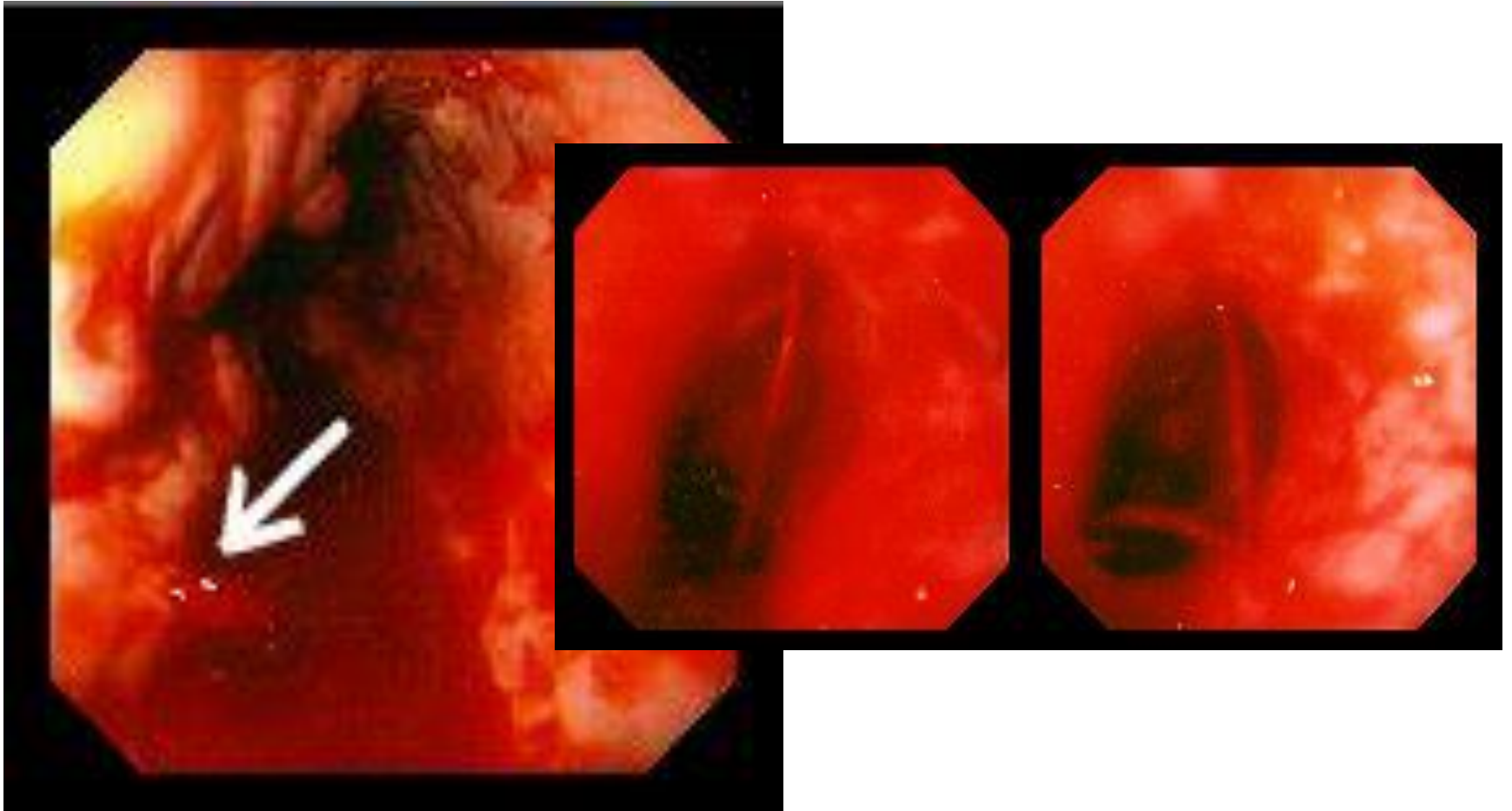
PEPTİK ÜLSER



ÜLSER TABANI



KANAYAN VARİSLER



FUNDAL VARİSLER



PORTAL GASTROPATÌ



MALLORY – WEIS SENDROMU



ÖZEFAJİT ve KANAMA



HIATAL HERNİ ve ÜLSERLER



KOLONİK KAYNAKLI HEMATOKEZYA ETYOLOJİSİ (SIKLIĞA GÖRE)

- İnternal hemoroitler

- İskemik kolit

- Anjiodisplazi

- Rektal travma

- Divertiküller

- Rektal varisler

- Kanser

- Anal fissürler

- Polipler

- Anal ülserler

- Ülseratif kolit

- Post-Polipektomi

- Crohn Hast.

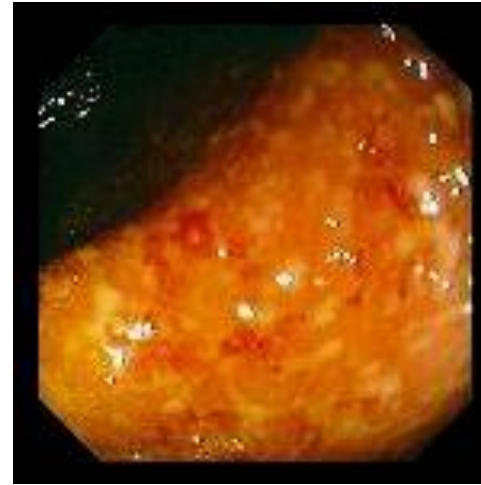
- Eksternal hemoroitler

- Enfeksiyöz kolit

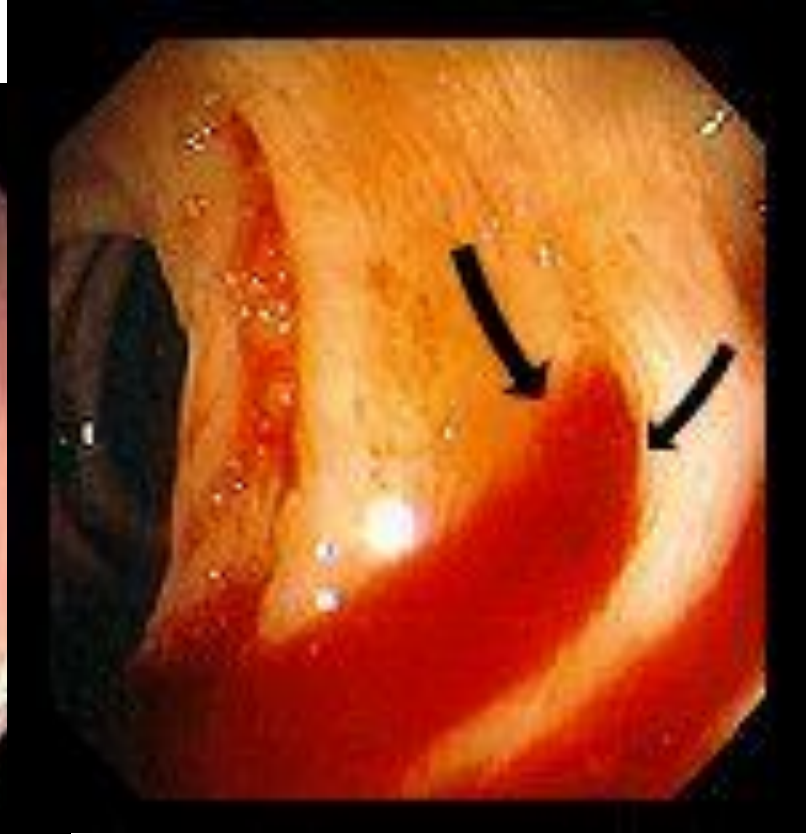
ŞİDDETLİ HEMATOKEZYA DA KOLONİK SEBEPLERİN SIKLIĞI

- Anjiodisplazi % 40
- Divertiküloz % 22
- Polip ve kanser % 15
 - Kolitler % 12
 - Diğerleri % 11

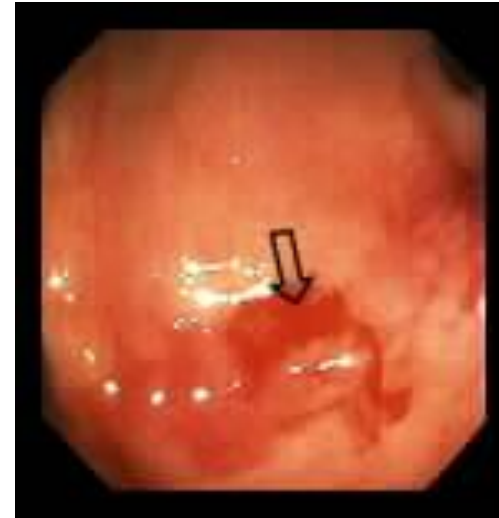
ÜLSERATİF KOLİT



KOLONDA DİVERTİKÜLER HASTALIK “GÖRÜNEN DAMAR” ve KANAMA



KOLONİK ANJİODİSPLAZİLER ve KANAMA



Abdominal Kitle

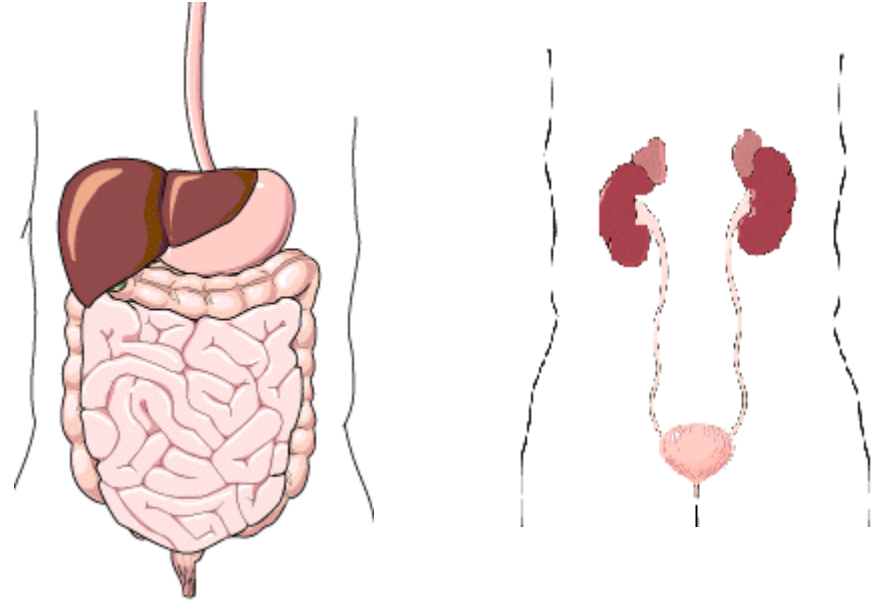
- Abdomende muayene ile saptanan tüm kitlelerin mutlaka açıklaması yapılması gereklidir.
 - Büyümüş organ?
 - Tümör kitlesi?
 - LAM?

Proctalgia Fugax

- **Tanım:** Anüste ani başlayan ve birkaç saniye veya dakikada kaybolan ağrıdır.
- **Mekanizması:** Bilinmiyor. (Rektal dismotilite?, pelvik taban kaslarında spazm?)
- Adütlerde % 14 oranında görülür.
- 1-3 olguda defekasyondan sonradır.
- Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür), koksiks kırıkları ekarte edilmelidir.
- Tedavisi yoktur.

Abdominal Anatomi

- Çoğu organ peritonun içinde bulunur ve hareket edebilirler (örn. hamilelikte).
- Böbrek ve pankreas gibi organlar retroperitonealdir.



Anamnez ve Fizik Muayenenin önemi

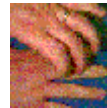
- Hastalıkların % 70' inin tanısı sadece anamnez ile konabilir.
- Hastalıkların % 90' ının tanısı anamnez + fizik muayene ile konur.
- Pahalı tanı testleri çoğunlukla anamnez + fizik muayenede saptanan bulguları desteklemektedir.

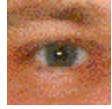
Karın ağrısının önemli anamnestik özellikleri

- Zaman ve seyir
- Lokalizasyon ve kalitesi
- Yayılımı
- İlişkili semptomlar

Karnın Fizik Muayenesi

- İnspeksiyon
- Oskültasyon
- Perküsyon
- Palpasyon
- Özel testler





İnspeksiyon

- Karın solunuma katılıyor mu?
- Abdominal kontura bakılır ve asimetri varsa kaydedilir.
- Skarlar, deri döküntüleri vs saptanır
- Göbek çukuru izlenir





Oskültasyon

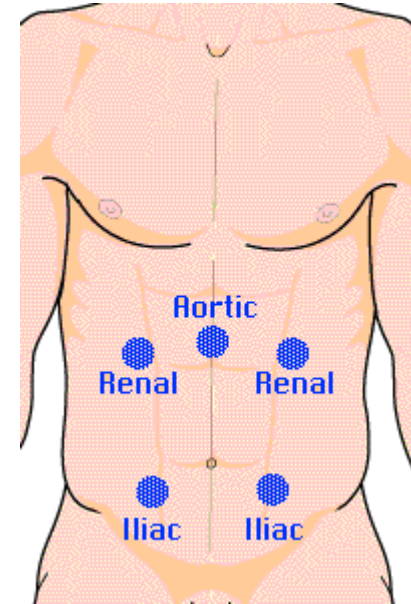
- Oskültasyon ikinci sırada yapılmalıdır.
- Barsak sesleri kaydedilir (yok, artmış, azalmış).
- Karındaki üfürümler saptanır

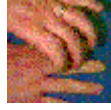




Karındaki üfürümler

- Aorta üzerinde
- Renal arterlerin üfürümleri
- İliak arterlerin üfürümleri
- Sadece sistolde duyulan üfürümler mutlaka patolojik değildir.
- Kalbe ait üfürümler üst abdomende de duyulabilir.

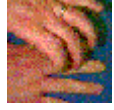




Perküsyon

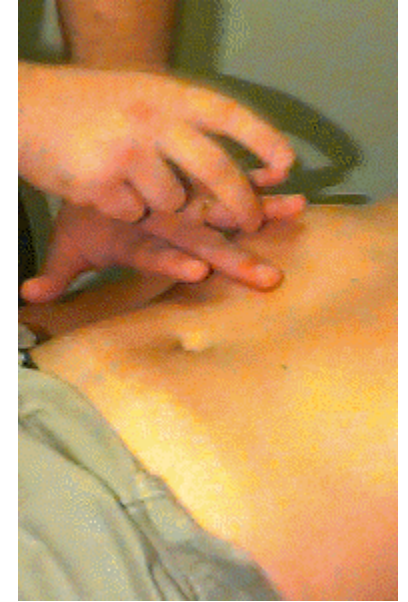
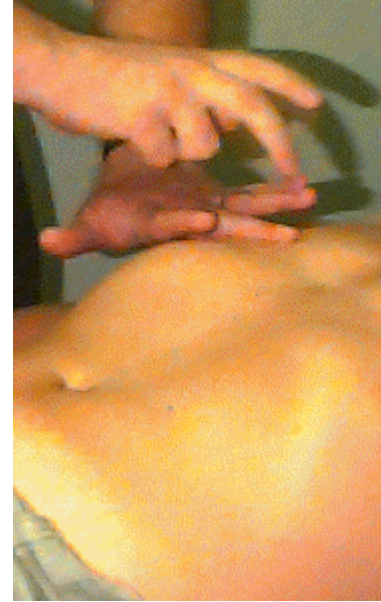
- Sırtüstü yatar pozisyonda akciğerin genelinde perküsyonda timpani vardır.
- Epigastriumdan başlayarak ışınal tarzda yapılmalıdır.
- Matite altta yatan bir kitleyi gösterebilir.
- Dama tahtası manzarası





Karaciğer perküsyonu

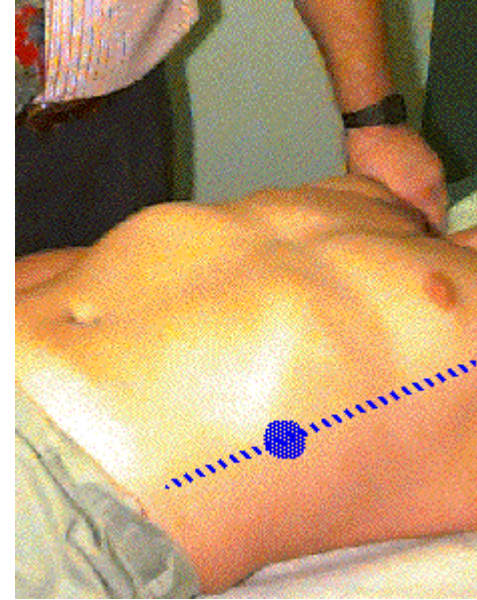
- Midklavikular hatta karaciğerin üst sınır saptanır.
- 4-5. İKA submatite
- 5-6. İKA' da matite alınır
- Matitenin abdomende kaybolduğu yere kadar perküsyon devam ettirilirse karaciğer matitesi uzunluğu saptanabilir. Bu normalde 6-12 cm dir.





Dalak perküsyonu

- Sağ orta aksiller hatta perküsyon yapılır. 9-12. İKA da matite alınabilir. Ön aksiller hattı geçerse splenomegali vardır denebilir.
- Derin inspiryumda ön aksiller hatta en alt İKA da timpani matiteye dönerse yine splenomegali için anlamlıdır.





Palpasyon

- Yüzeyel palpasyonda özellikle hassasiyet bölgeleri değerlendirilir. Hastanın yüz ifadesi yardımcı olabilir.
- İstemli veya istemsiz defans olup olmadığı tespit edilir.





Derin Palpasyon

- Sonra abdomen derin palpasyon ile değerlendirilir.
- Burada kitle ve derin palpasyon ile hassasiyet olan alanlar saptanır.





Karaciğer palpasyonu

- Sağ midklavikular hatta sağ inguinal bölgeden yukarı doğru ekspiryumlarda çıkarak ve inspiryumlarda bekleyerek çıkılır. Karaciğerin alt sınırı palpe edilmeye çalışılır.
- Normal karaciğer sağ kostal sınırın altına konulan ve bastırılan parmaklar ile derin inspiryumda ele gelebilir. Ancak normal karaciğer hassas değildir.



Karaciğer palpasyonunda alternatif yöntem



- Çengel şeklinde kıvrılmış parmaklar ile kostal sınırda derin inspiyumda karaciğerin alt kenarı aranır.





Aortanın palpasyonu

- Zayıf kişilerde Aorta karnın orta hattında (umblikus üzerinde) palpe edilebilir.
- Aortik anevrizmalar genellikle orta hatta pulsatil kitle şeklinde palpe edilebilirler.





Dalak palpasyonu

- Sol kostal kenarın altında sağ el ile yapılan muayenede derin inspiryumda dalağın ele gelip gelmediği araştırılır.
- Normal kişilerde dalak ele gelmez.
- Sol el ile sol kostal kavis yukarı doğru desteklenerek palpasyona yardımcı olunabilir.
- Dalak ele gelirse medialde çentiği aranır. Çentiğin de palpe edilmesi palpe edilenin kesin dalak olduğunu gösterir.





Özel testler

- Rebound Hassasiyet
- Kostovertebral Açık Hassasiyeti
- Yer değiştiren matite “Shifting Dullness”



Rebound Hassasiyet

- Bu test peritoneal irritasyonu gösterir.
- Hasta tarafından ağrı tanımlanmayan bölgeden incelemeye başlanır.
- Önce karına derin palpasyon yapılır ve sonra aniden baskı bitirilir.
- Eğer elimizi çekerken ağrı varsa veya artıyorsa Rebound Hassasiyet vardır denir.





Kostovertebral Açı Hassasiyeti

- KVA hassasiyeti genellikle böbrek hastalığını gösterir.
- KVA' ya orta şiddette vurmak için yumruk şeklinde sıkılmış elimizin alt tarafını kullanmalıyız.





Yer değiştiren matite

- Eğer hastanın karnında bir noktada saptanan matite hasta yan çevrildiğinde yer değiştiriyorsa batında serbest assit var olduğunu gösterir.





Diğer önemli noktalar

- Erkeklerde inguinal (skrotal) ve rektal inceleme de yapılmalıdır.
- Kadınlarda pelvik (bimanuel) ve rektal inceleme de yapılmalıdır.
- Toraks hastalıkları abdominal semptomlar verebilir. Bu nedenle mutlaka tam FM yapılmalıdır.

Symptom	Definition
1. Waterbrash	a. Vomited blood
2. Dysphagia	b. Belching
3. Ascites	c. Lump in throat
4. Globus	d. Burning sensation behind the sternum
5. Hindgut pain	e. The flux
6. Proctalgia fugax	f. Pain in the epigastric area
7. Aerophagia	g. Lack or loss of appetite
8. Heartburn	h. Difficulty in swallowing
9. Dyspepsia	i. Recurrent abdominal pain
10. Constipation	j. Increased serum bilirubin levels
11. Anorexia	k. Accumulation of fluid in peritoneal cavity
12. Hematemesis	l. Sudden severe pain in the anus
13. Foregut pain	m. Persistent difficult, infrequent, or incomplete evacuation
14. Jaundice	n. Pain in the hypogastric area
15. Hematochezia	o. Flooding of mouth with a clear salty fluid
	p. Indigestion
	q. Blood in stool