

GÜNCEL TIP AKADEMİSİ
17-19 NİSAN 2009
ARTEMİS OTEL.BAFRA K.K.T.C.

KARIN AĞRISI

Prof.Dr.Ömer ŞENTÜRK
KOÜ Tıp Fak. Gastroenteroloji BD

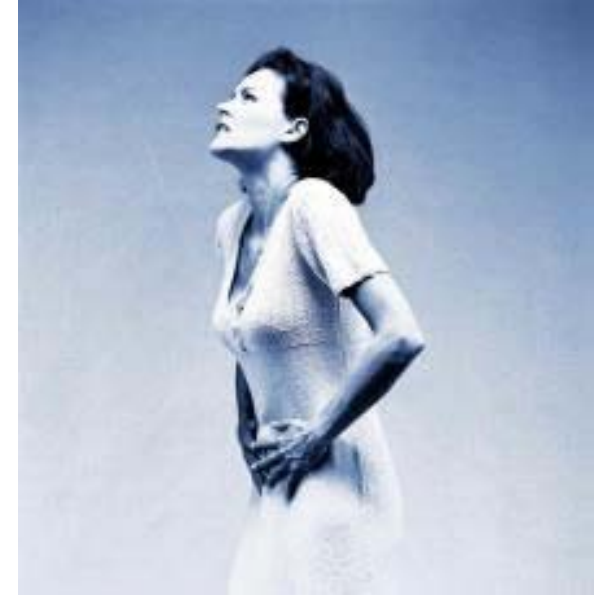
Akut Karın Ağrısı

Doktorun ilk yapması gereken:

Akut Karın Ağrısı

Doktorun ilk yapması gereken:

Ağrının nedeni?..



Akut Karın Ağrısı

Doktorun ilk yapması gereken:

Ağrının nedeni?..

Cerrahi karın?..



Akut Karın Ağrısı: Acil Hekiminin İlk Yapması Gerekenler

- İlk değerlendirmeyi takiben muhtemel tanı(ları)nız neler?
- Hangi gerekçelerle bu tanı(ları) düşündünüz?
- Bunları nasıl kanıtlayabilirsiniz?
- Bu amaçla **neleri** istemelisiniz?
- Cerrahiye ihtiyacınız var mı?, **Ne zaman** konsültasyon isteyeceksiniz?

Akut Karın Ağrısı: Epidemiyoloji

- Acil servise başvuranların **%5-10**
- Bu hastaların **%14-40** cerrahiye ihtiyaç duyar
- Yanlış tanı sonrası mortalite **2.5 kat** artar (özellikle yaşlı)
- Yaklaşık 1/3'ünde atipik başvuru



Akut Karın Ağrısı: Epidemiyoloji

50 yaş altı (6317 olgu), %

Nonspesifik karın ağrısı	39.5
Apandisit	32.5
Kolesistit	6.3
Obstruksiyon	2.5
Pankreatit	1.6
Divertiküler hastalık	<0.1
Kanser	<0.1
Herni	<0.1
Vasküler	<0.1

50 yaş üzeri (2406 olgu), %

Kolesistit	20.5
Nonspesifik karın ağrısı	15.7
Apandisit	15.2
Obstruksiyon	12.5
Pankreatit	7.3
Divertiküler hastalık	5.5
Kanser	4.1
Herni	3.1
Vasküler	2.3

Akut Karın Ağrısı: Tipleri

Akut Karın Ağrısı: Tipleri

Visseral ağrı
Somatik (paryetal) ağrı
Yansıyan ağrı

Akut Karın Ağrısı: Visseral ağrı

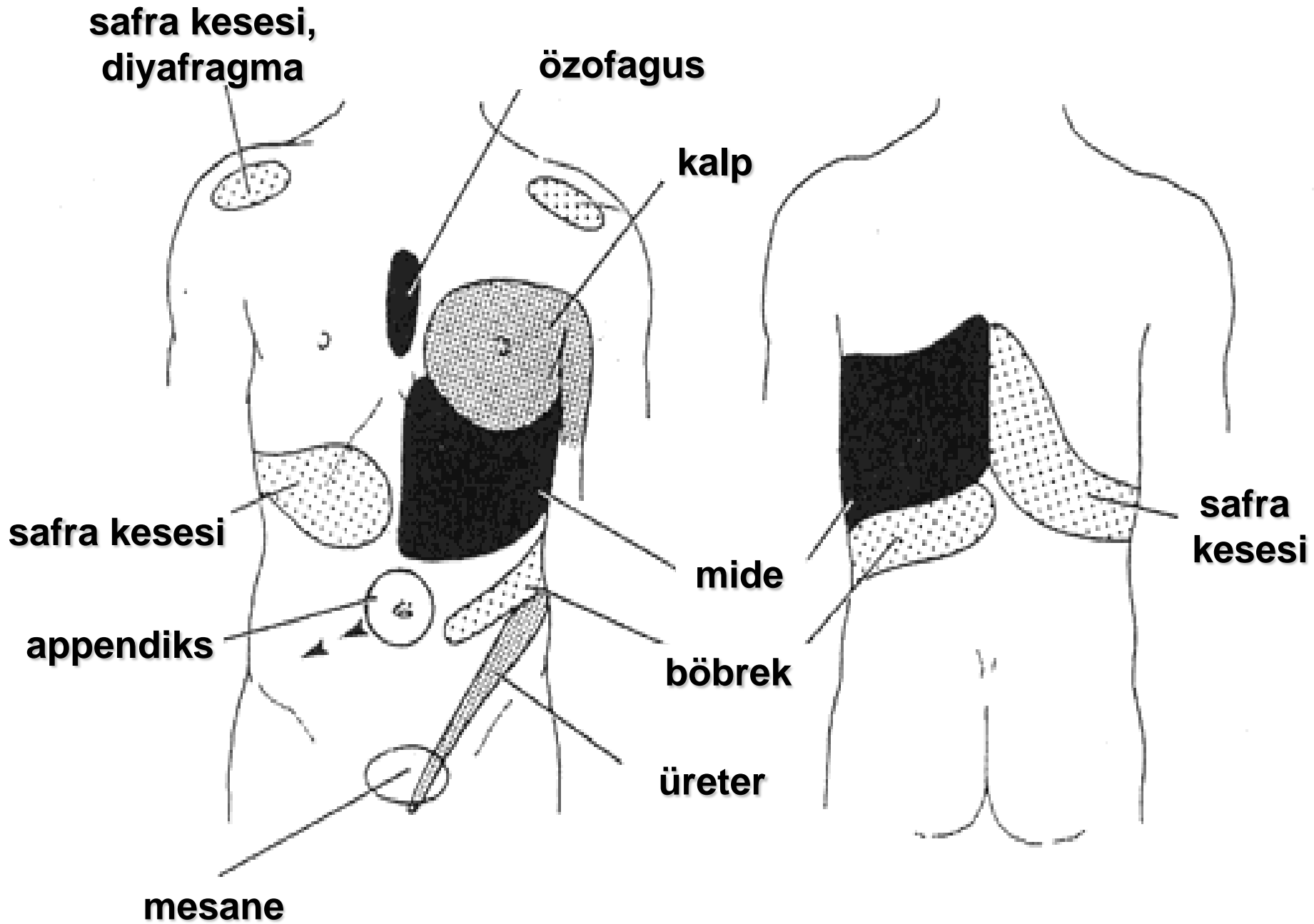
- Solid organ kapsülü veya içi boş organ duvarı...
- Gerilme, distansiyon veya aşırı kontraksiyon...
- Künt, ızdırap verici veya kramp tarzında
- **İyi lokalize edilemez**
- Genellikle orta hatta
- Hassasiyet eşlik etmez

Akut Karın Ağrısı: Somatik ağrı

- Lokalize edilebilir
- Keskin ve şiddetli
- Paryetal peritonun hareketi ile ağrının şiddeti artar (öksürük, yürüme v.s.)
- Gerçek paryetal ağrı → Cerrahi ?

Akut Karın Ağrısı: Yansıyan ağrı

- Primer hasta organın lokalizasyonunun dışında bir alanda ağrının hissedilmesi
- Tutulan organ gibi aynı nörosegment tarafından innerve edilen alanda meydana gelir
- Subdiyafragmatik hastalık ~ omuz ağrısı
- Bilier trakt hastalıkları ~ sağ omuz ağrısı pain
- İnce barsak hastalıkları ~ sırt ağrısı



Akut Karın Ağrısı: Tipleri

Akut karın ağrısı
Kronik karın ağrısı

Visseral ağrı
Somatik (paryetal) ağrı
Yansıyan ağrı

Akut Karın Ağrısı

- Akut apandisit
- Akut pankreatit
- Akut kolesistit
- Akut mezenter iskemi
- Gastroenterit
- Metabolik bozukluklar (örn;DKA, porfiria)
- Anevrizma rüptürü veya diseksiyon
- Barsak obstruksiyonu
- Divertikülit
- ...

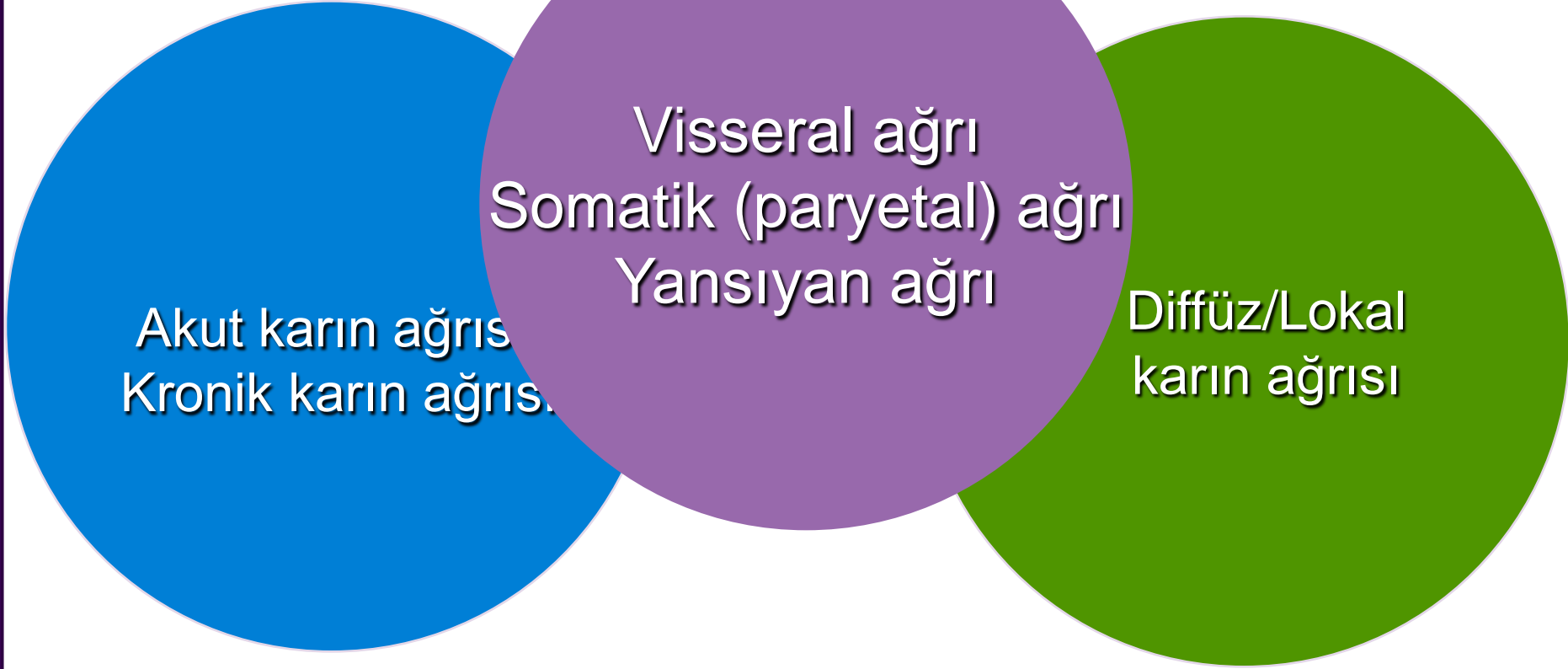


Kronik Karın Ağrısı

- Kronik pankreatit
- Peptik ülser
- GÖRH
- Fonksiyonel dispepsi
- İBS
- Kr. gastroenterit
- Metabolik bozukluklar (örn;DKA, porfiria)
- Anevrizma rüptürü veya diseksiyon
- Barsak obstruksiyonu
- FMF?
- ...



Akut Karın Ağrısı: Tipleri



Akut karın ağrısı
Kronik karın ağrısı

Visseral ağrı
Somatik (paryetal) ağrı
Yansıyan ağrı

Diffüz/Lokal
karın ağrısı

Diffüz Ağrı

- Peritonit
- Akut pankreatit
- Sickle cell kriz
- Mezenter iskemi
- Gastroenterit
- Metabolik bozukluklar (örn;DKA, porfiria)
- Anevrizma rüptürü veya diseksiyon
- Barsak obstruksiyonu
- Psikosomatik hastalıklar (örn;İBS)
- FMF



Akut Karın Ağrısı: Tipleri



Akut karın ağrısı
Kronik karın ağrısı

Visseral ağrı
Somatik (paryetal) ağrı
Yansıyan ağrı

Diffüz/Lokal
karın ağrısı

Akut
Karın Ağrısı
Yapan
Karın Dışı Nedenler

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan
Karın Dışı Nedenler**

Kardiyak

Mİ

Miyokard iskemisi

Myokardit

Endokardit

KKY

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan**

Karın Dışı Nedenler

Kardiyak
Mİ
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit

Torasik

Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit
Özofagus rüptürü

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan**

Karın Dışı Nedenler

Kardiyak
MI
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit

Torasik
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan
Karın Dışı Nedenler**

Nörolojik

Abdominal epilepsi
Tabes dorsalis
Radikülit
Periferik sinir tümörleri

Kardiyak
Mİ
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit
KKY

Torasik
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit
Özofagus rüptürü

Epileps
Taves dorsalis
Radikülit
Periferik sinir tümö

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan
Karın Dışı Nedenler**

Metabolik
Üremi
DM
Porfiri
Akut adrenal yetmezlik
Hiperparatiroidi

Kardiyak
Mi
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit

Torasik
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit
Özofagus rüptürü

Epileps
Taves dorsalis
Radikülit
Periferik sinir tümö.

Metabolik
Üremi
DM
Porfiri
Akut adrenal yetme
Hiperparatiroidi

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan
Karın Dışı Nedenler**

Hematolojik
Sickle cell anemi
Hemolitik anemi
Henoch-S purpurası
Akut lösemi

Kardiyak
MI
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit

Torasik
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit
Özofagus rüptürü

Epilepsi
Morsalis
Radikülit
Periferik sinir tümö

Metabolik
Üremi
DM
Porfiri
Akut adrenal yetmezlik
Hiperparatiroidi

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan**

Karın Dışı Nedenler

Toksinler
Hipersensitivite
Reaksiyonları
Kurşun zehirlenmesi

Hemolitik anemi
Henoch-S purpurası
Akut lösemi

**Akut
Karın Ağrısı
Yapan**

Karın Dışı Nedenler

Kardiyak
Mİ

Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit
KKY

İnfeksiyonlar

Herpes zoster
Osteomyelit
Tifoid fever

Torasik

Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit

Özofagus rüptürü
Gastrointestinal

Gastrointestinal
radikülit

Periferik sinir tümö

Metabolik

Üremi

DM

Porfiri

Akut adrenal yetmezlik

Hiperparatiroidi

İmmün sistivite
reaksiyonları

Kurşun zehirlenmesi

Hemolitik üremi

Henoch-S purpurası

Akut lösemi

Kardiyak
Mİ
Miyokard iskemisi
Myokardit
Endokardit
KKY

Karışık nedenler

FMF
Narkotik yoksunluğu
Sıcaklık çarpması
Psikiyatrik bozukluklar

İnfeksiyonlar
Herpes zoster
Osteomyelit
Tifoid fever

Torasik
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Ampiyem
Özofajit
Özofagus rüptürü

Akut Karın Ağrısı Yapan

Karın Dışı Nedenler

Toksinler
Hipersensitivite
reaksiyonları
Kurşun zehirlenmesi

Epilepsi
Morsalis
Radikülit
Periferik sinir tümö

Metabolik
Üremi
DM
Porfiri
Akut adrenal yetmezlik
Hiperparatiroidi

Henoch-Schönlein purpurası
Akut lösemi

Karın Ağrısının Araştırılması

Öykü

- O** → **O**nset
- P** → **P**rovacation/**P**alliation
- Q** → **Q**uality
- R** → **R**egion/**R**adiation
- S** → **S**everity
- T** → **T**ime

Karın Ağrısının Araştırılması

Geçmiş Tıbbi Öyküsü

(S → **Sign/Symptoms**)

A → **Allergies**

M → **Medications**

P → **Past Medical Problems**

L → **Last Oral Intake**

E → **Events Preceding the Emergency**

Karın Ağrısının Araştırılması

Fizik muayene

- Genel görünüm
 - Yüz ifadesi, solukluk, ajitasyon?
- Vital bulgular
 - Vücut ısı $> 40^{\circ} \text{C}$ veya $< 35^{\circ} \text{C}$ \rightarrow abdominal sepsis
 - Taşipne, bradipne veya taşikardi

Karın Ağrısının Araştırılması

- **Karın muayenesi**

- Oskültasyon

- Bağırsak sesleri...

- Perküsyon

- Timpani = distandü barsaklar

- Rebound ...

- Palpation

- Akut karın? Peritoneal bulgular

- Kütle? Herni

Rektal tuşe!..

Karın Ağrısının Araştırılması

- **Laboratuvar testleri**

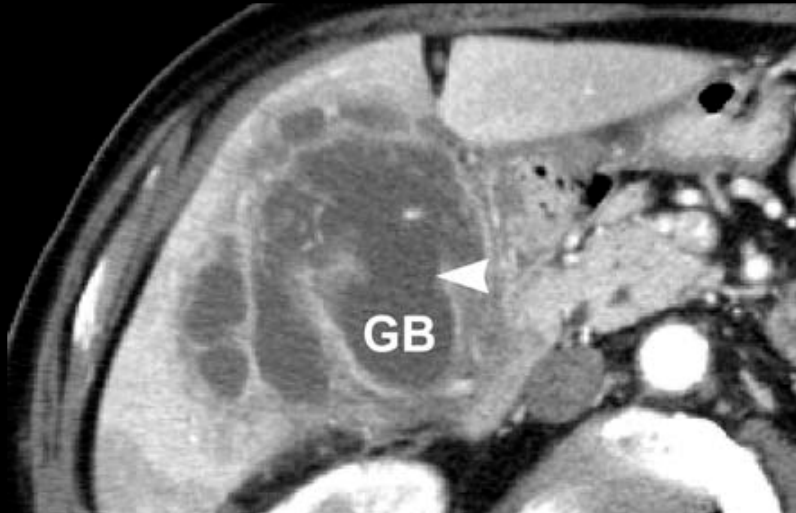
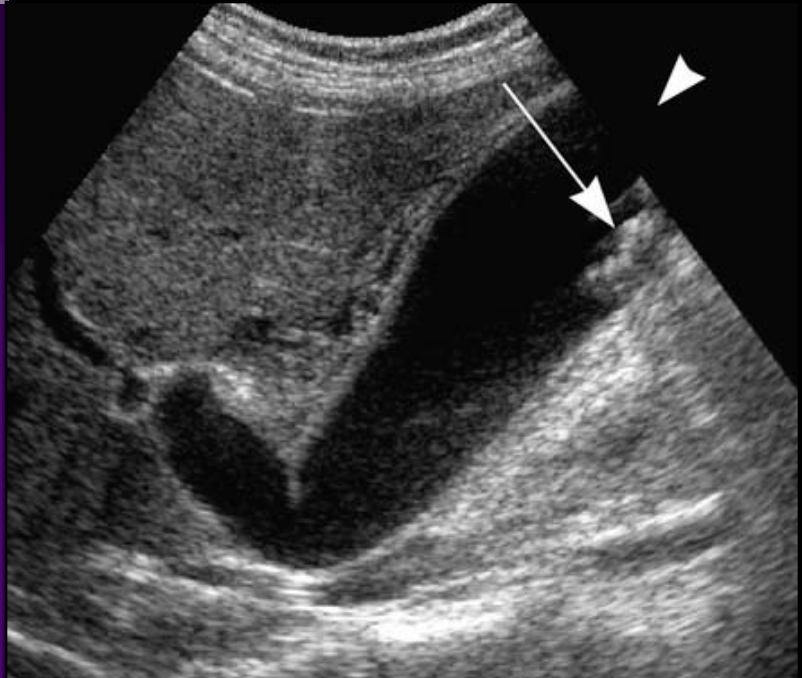
- CBC
- Glukoz, BUN
- Serum elektrolitleri
- TİT
- β -HCG (bayan)
- Bilirubin, Alk-p, ALT, AST, G-GT
- Amilaz, lipaz
- PT, APTT

- EKG

Karın Ağrısının Araştırılması

- **Radyolojik işlemler**
 - Düz karın grafileri
 - Kontrastlı grafiler
 - USG
 - CT
 - Endoskopi?
 - Kolonoskopi?





Karın Ağrısının Araştırılması

Ağrı fonksiyonel mi, değil mi?

Fonksiyonel ağrı

- Organik ağrıdan ayrımı zor olabilir
- Organik nedenler dışlandığında ancak fonksiyonel ağrıdan söz edilebilir
- **Organik ağrı ile çakışabilir!**
- Hastada alarm semptomu olmamalıdır
 - Kilo kaybı, anemi, GIS kanama, ateş, gece terlemesi...

Fonksiyonel ağrı

- Fonksiyonel olduğunu düşündüren bulgular:
 - Atipik öykü
 - Sağ üst kadranda <20 sn süren ağrı bilier kolik değildir
 - PPI kullanımı ile kötüleşen dispepsi
 - Ağrının dramatik (abartılı) bir şekilde tanımlanması
 - “...defalarca bıçak saplanırcasına gelen ve sanki bir şeyler dışarı çıkacakmış gibi hissediyorum...”
 - Ağrının stresle artması
 - Noktürnal semptomların yokluğu
 - Ağrının süresi

Organik ve Fonksiyonel Ağrı

Hikaye	Organik	Fonksiyonel
Ağrının karakteri	Akut, sürekli ve şiddeti giderek artan ağrı	Ağrının şiddeti değişmez
Ağrının lokalizasyonu	Lokalize edilebilir, sınırları belirgin	Lokalize edilemez, çeşitli lokalizasyonlar
Uyku ile ağrı arasında ilişki	Uykudan uyandırır	Uykuyu etkilemez
Birlikte olan semptomlar	Ateş, anoreksia, kilo kaybı, bulantı, anemi...	Baş ağrısı, birçok organ yakınmaları...
Psikolojik stress	Yok	Var

Başlangıçtaki Yanlış Tanılar

Gerçek tanı

Apandisit

Aort anevrizması rüptürü

Ektopik gebelik

Divertikülit

Barsak obstruksiyonu

Mezenter iskemisi

İnkarsere veya strangüle herni

Şok veya sepsis

Başlangıçtaki yanlış tanı

Gastroenterit, PID, İYE

Renal kolik, divertikülit

PID, İYE, korpus luteum kisti

Konstipasyon, gastroenterit, piyelonefrit

Konstipasyon, gastroenterit, nonspesifik
karın ağrısı

Gastroenterit, konstipasyon, ileus

İleus veya ince b.obstruksiyonu

Pnömoni (özellikle yaşlılarda)

Yapılan En Sık Hatalar

- Hikaye ve FM ile anormalliğin saptanamaması;
 - Karın ağrısının cerrahi bir nedeninin ortaya konulamamasındaki en önemli neden **yeterli öykü ve FM yapılmaması**
 - Olguların 1/3'ünde atipik prezetasyon...
 - Yaşlı hastaların farklılığı...
- Laboratuvar verilerinin yanlış yorumlanması
- Görüntüleme yöntemlerinden yeterince yararlanamama
- Gerekli konsültasyonların yapılmaması
- Operasyonun yanlış zamanlanması

Tedavi

Tedavi

- Tanı konulana kadar oral beslenmenin durdurulması...
- Nazogastrik sonda
 - Kusmanın kontrolü ve midenin dekomprese edilmesi (özellikle antiemetik ajanlara cevapsız olgularda)
 - GIS kanamaları

Tedavi

- İntravenöz sıvı
 - Yeterli oral alımı olmayan veya Gİ kaybı olanlar
 - Cerrahi hastalar...
 - Dehidratasyon...

Tedavi

- Kusmanın kontrolü
 - İlaçlar;
 - Metokloropamid...
 - Nazogastrik sonda

Tedavi

- Analjezi
 - Tartışmalı konu...
 - Narkotik analjezikler !!!

Tedavi

- Antibiyotikler
 - İki ana endikasyon
 - Perforasyon
 - Peritonit
 - İlaç;
 - Ampisilin-sulbaktam (3g), sepsis de varsa gentamisin 2,5-3g/kg

Akut Apendisitte Yapılan En Sık Hatalar

- **Karın ağrısı** ve **hassasiyet** apandisitli hastaların tamamına yakınında bulunur,
- Diğer klinik özellikler daha az güvenilirdir
- **Ateş** akut apandisitli olguların sadece **%16**'sında bulunur, varlığı daha çok komplikasyonu (perforasyonu) gösterir
- **Murphy belirtisi** yaşlıların sadece **%22**

Apandisitte Appendektominin Geciktirilmesi: Neden ve Sonuçları

- Başlangıç semptomlarından operasyona kadar geçen süre **>72 saat** → **tanıda gecikme**
- Tanıdaki gecikme:
 - 25/40 (**%62.5**) doktora
 - 15/40 (**%37.5**) hastaya
- **Perforasyon (%90) ve postop. komplikasyonlar (%60)** tanıdaki gecikmeye bağlıdır

Akut Apendisitte Yapılan En Sık Hatalar

- Rüptüre apandisit **diffüz peritonit** veya **intestinal obstrüksiyon** şeklinde prezente olabilir
- **Genç, yaşlı** ve **gebeler** için daha dikkatli olunmalı...
Bu hastalarda tanı güçtür ve perforasyona gitmeleri hiç de nadir değildir
- Şüpheli (özellikle yukarıdaki) olgularda hasta **gözlemlenmeli** ve **periyodik aralıklarla muayeneye** tabi tutulmalıdır

Akut Kolesistitte Yapılan En Sık Hatalar

- *Bulantı, ateş, göğüs ağrısı, karın ağrısı veya karında ciddi bir hassasiyeti bulunmayan hastalarda “**semptomatik safra taşı hastalığı**” sıklıkla düşünülmez*
- **DM, yaşlı** veya **düşkün olan hastalarda** karın ağrısı sessiz olabilir, veya **NSAİİ** veya **narkotiklerin** kullanılmasına bağlı **hasta rahatlamış olabilir**
- Gebelerde akut safra kesesi hastalığının tanınmasında yetersizlik olabilir

Akut Kolesistitte Yapılan En Sık Hatalar

Semptom ve Belirtiler

Bulantı-kusma

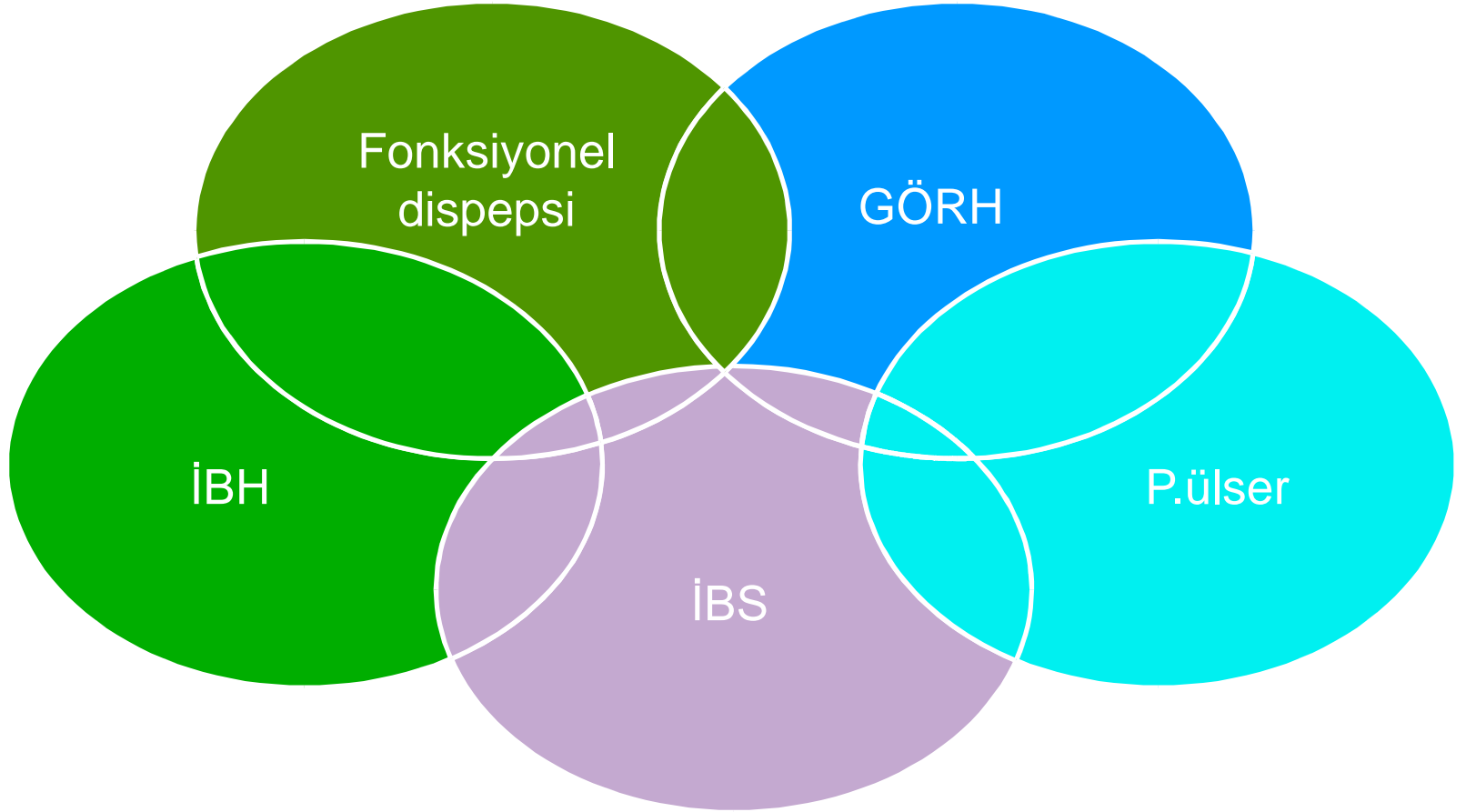
Lokal hassasiyet

ateş, üşüme-titreme, terleme , hipotansiyon,
rebound, barsak seslerinin kaybolması, palpable mass,
lökositoz, sarılık



KOMPLİKASYON

Kronik Ağrı Sendromları



Dispepsi

- Dispepsi bir semptom olup, tanı değildir
- Kelime olarak “dys” ve “pepsia”den oluşur
- Karnın üst kısmında, kronik yahut tekrarlayan rahatsızlık hissi veya ağrı olarak tanımlanır

Dispepsi

Fonksiyonel
Dispepsi

Semptomların
GİS dışı nedenler
(kardiyak hast.,
kas ağrısı, vb.)

Yapısal Dispepsi
(GÖRH, PÜH, pankreatik
hast., safra taşı hast.vb.)

Dispepsinin Nedenleri

Dispepsinin ana nedenleri:

- 1.Fonksiyonel (nonülser) dispepsi
- 2.Peptik ülser hastalığı (gastrik veya duodenal)
- 3.Gastroözofageal reflü hastalığı
- 4.Üst GİS'in malign hast.ları

Daha nadir olarak;

- 1.Bilier hastalıklar
- 2.Pankraetit
- 3.İrritable barsak hastalığı
- 4.İskemik barsak hastalığı
- 5.Gastroparezi
- 6.Bazı ilaçlar;
 - a)Aspirin ve diğer nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar
 - b)Eritromisin gibi bazı antibiyotikler
 - c)Potasyum içeren ilaçlar
 - d)Acarbose gibi antidiyabetik ajanlar
 - e)Alendronate
- 7.Karbohidrat malabsorpsiyonu
- 8.Sistemik hastalıklar (diyabet, tiroid gibi)

Fonksiyonel Dispepsi : Tanısal kriterler

Altı ay ve üzerinde devam eden ve bu süre içerisinde en az 12 hafta boyunca (ki bu 12 hafta ardışık olmak zorunda değildir);

1. Karın üst bölgesine lokalize ağrı ve rahatsızlık hissi,
2. Semptomları açıklayabilecek organik hastalıklara ait bulguların olmaması (üst GIS endoskopisi de dahil yapılması şartıyla),
3. Dispepsinin defekasyon ile rahatlammaması veya dışkılama sıklığı ve dışkı şekli ile ilişkili olmaması

Dispepsiye Yaklaşım

DİSPEPSİ
Reflü yakınması veya
NSAİİ kullanımı yok

ALARM SEMPTOMLARI VAR
VEYA
55 YAŞIN ÜZERİNDE

ALARM SEMPTOMLARI YOK
VE
55 YAŞIN ALTINDA

- ALARM SEMPTOMLARI**
- Ailede mide CA öyküsü
 - GIS kanama
 - Açıklanamayan Anemi
 - Disfaji, odinofaji
 - Kilo kaybı
 - Kronik diyare
 - Sarılık
 - Ciddi kabızlık
 - Rektal kanama
 - Organik hastalığa ait bulgu ve semptomlar.....

H. pylori testi

NEGATİF

POZİTİF

PPI TEDAVİSİ
4 – 6 HAFTA

ERADİKASYON

ARAŞTIRILMALI
(Gastroskopi vs)

Semptomlar devam
Ediyor ...

Özet

- Dispepsi yaygın
- Klinik temele göre ülser-benzeri ve dismotilite-benzeri olarak ikiye ayrılabilir
- “Test ve tedavi” ...
- H.pilori negatif saptananlarla eradikasyon tedavisine yanıt vermeyenlere PPI...
- Dismotilite-benzeri fonksiyonel dispepsili hastalarda prokinetik ajanlar...

GÖRH: Tanım

- Mide içeriğinin kardiyanın özofagusa doğru yer değiştirmesine “Gastro-Özofajiyal Reflü (GÖR)” denir
- GÖR kişide **semptom oluşturur** ve / veya **özofagus mukozasında zedelenmeye** yol açarsa “GÖRH” denir



GÖRH: Doğal Seyri

- GÖRH sık nükslerle seyreden kronik bir hastalıktır
- Hastalık genellikle aynı derecede seyreder

GÖRH: Tedavinin Amaçları

- Semptomları iyileştirmek
- Özofajiti iyileştirmek

- Komplikasyonları önlemek
- İyilik halini sürdürmek (idame)

GÖRH'de Tedavi İmkanları

- Basit tedbirler
- Medikal tedavi
- Endoskopik tedaviler
- Cerrahi tedavi

GÖRH Tedavisinde Sosyal (Basit) Tedbirler

- Yatak başı yükseltilmeli
- Sigara ve alkol yasağı
- Aşırı sıcak yiyecek ve içecek kullanılmaması
- Yağ miktarı azaltılması
- Yemeklerden sonra 2-3 saat yatılmaması
- Zayıflama



Kaçınılması önerilen gıdalar :

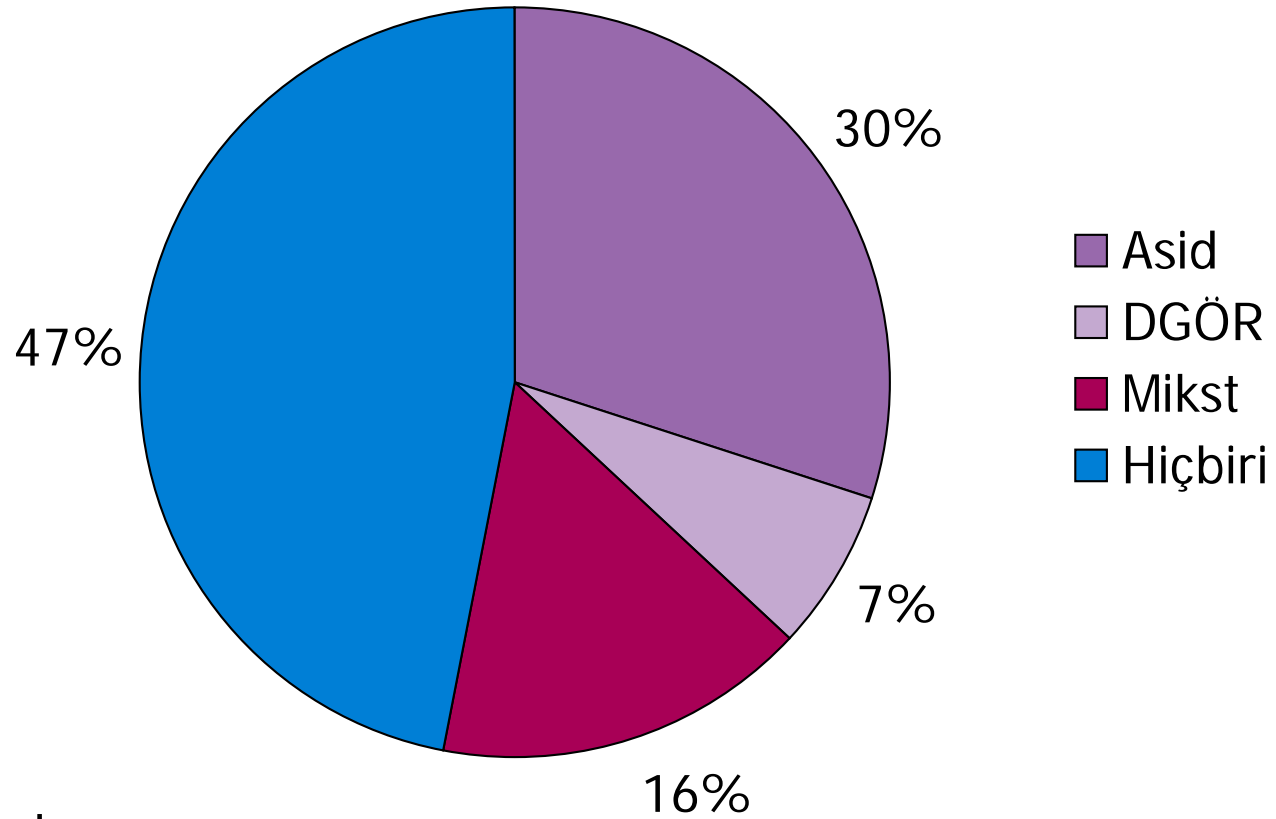
çukolata, nane, kahve, kolalı içecekler, domates suyu ve meyve suları

Kaçınılması önerilen ilaçlar :

antikolinergikler (?), teofilin, diazepam, kalsiyum k.blk., alfa ve beta agonistler, progesteron ve bazı OK'ler

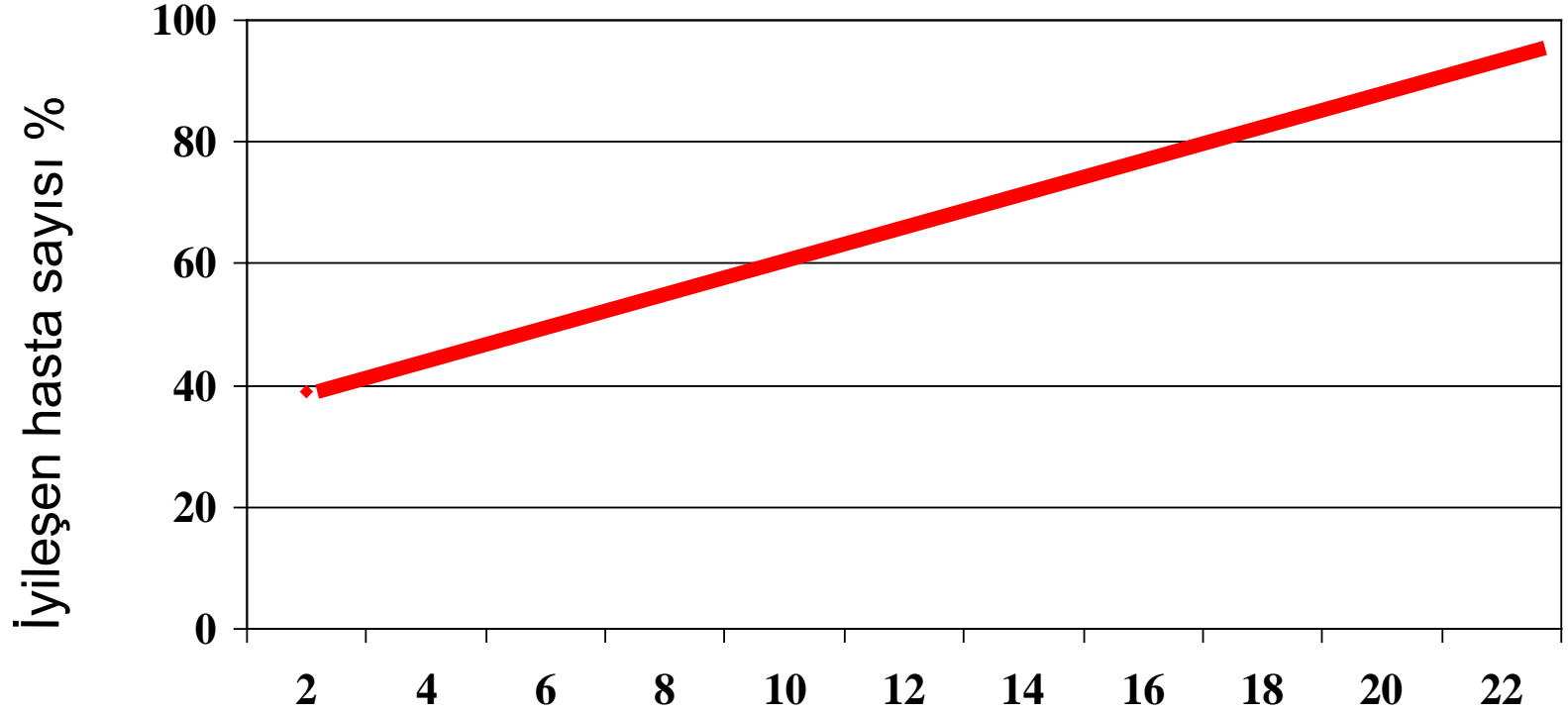


GÖR semptomlarının oluşumu daha çok asid ile ilişkilidir



72 hastada
544 reflü episodunda

Özofajitin iyileştirilmesi asid inhibisyonunun süresi ile ilişkilidir



İntragastrik pH>4 olduğu süre saat/gün

GÖRH Tedavisinde Kullanılabilecek İlaçlar

- Antasitler/aljinik asit
- H-2 reseptör blokerleri
 - Ranitidin
 - Famotidin
 - Nizatidin
- Proton pompa inhibitörleri
 - Omeprazol
 - Lansoprazol
 - Pantoprazol
 - Esomeprazol
- Prokinetikler
 - Domperidon
 - Metoklopramid
- Sitoprotektifler
 - Sukralfat

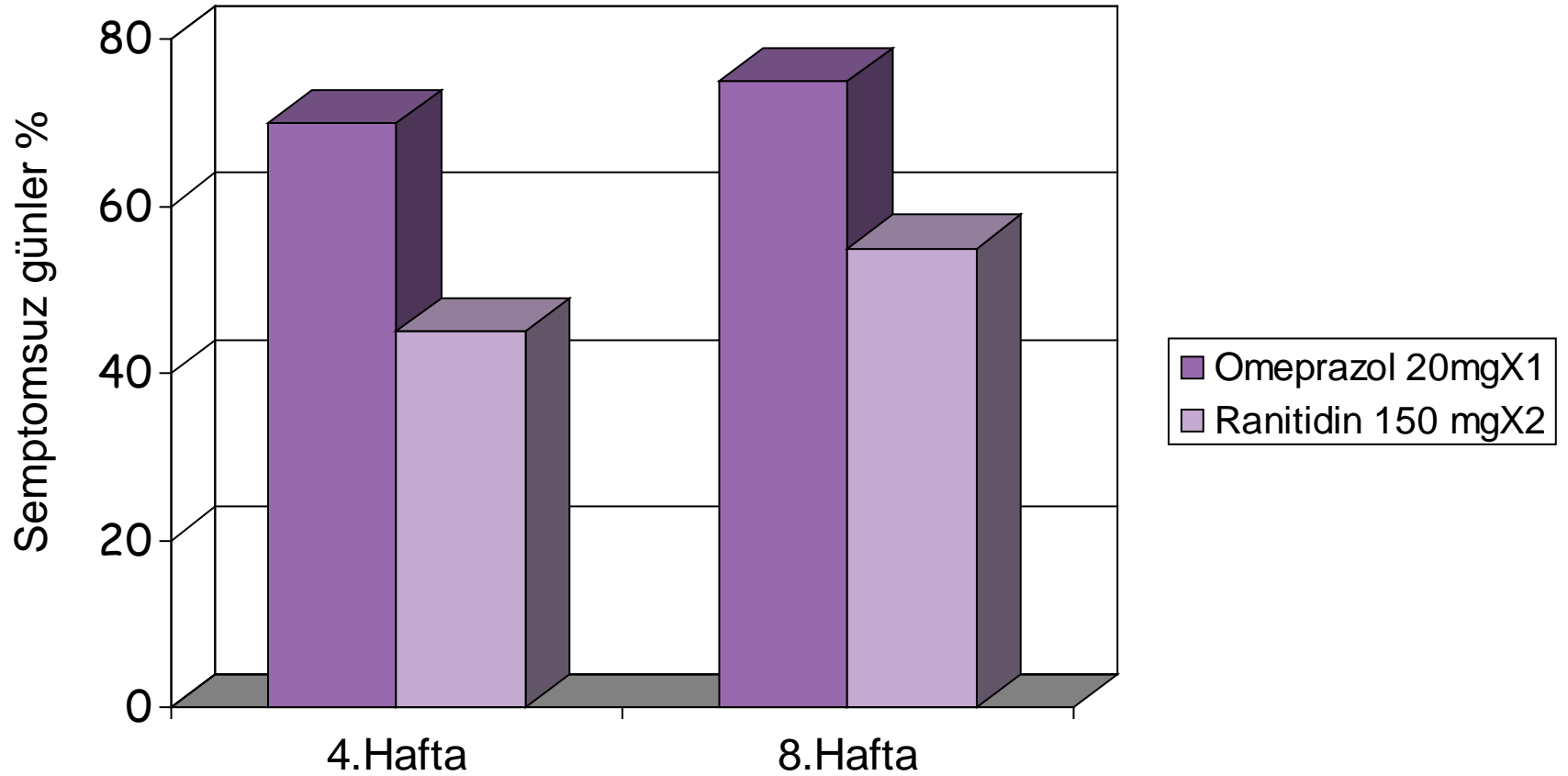
GÖRH de H₂RA

- Bazal aside etkili
- Etkisi PPI dan az
- Çiğneme/efervesan tabletleri çabuk etkili
- Etki süresi kısa, multipl doz gereksinimi
- Hafif dereceli özofajitte etkili
- İki haftada tolerans gelişebilir !

GÖRH de PPI

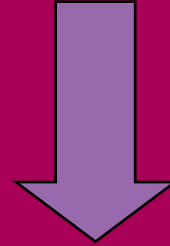
- Daha erken klinik cevap
- Hem **bazal** ve hem de gıda ile **stimule** olan asid sekresyonunu kontrol eder
- Yüksek oranda endoskopik iyileşme
- İdame tedavisinde düşük nüks oranı
- Genelde tek doz kullanım (uzun süreli asid inhibisyonu)
- Önemli yan etkisi yok
- Uzun vadeli kullanımı güvenli (tolerans gelişimi yok)

Omeprazol ve Ranitidin'in Karşılaştırılması



GÖRH-Tıbbi tedavi

PPI
Standart doz

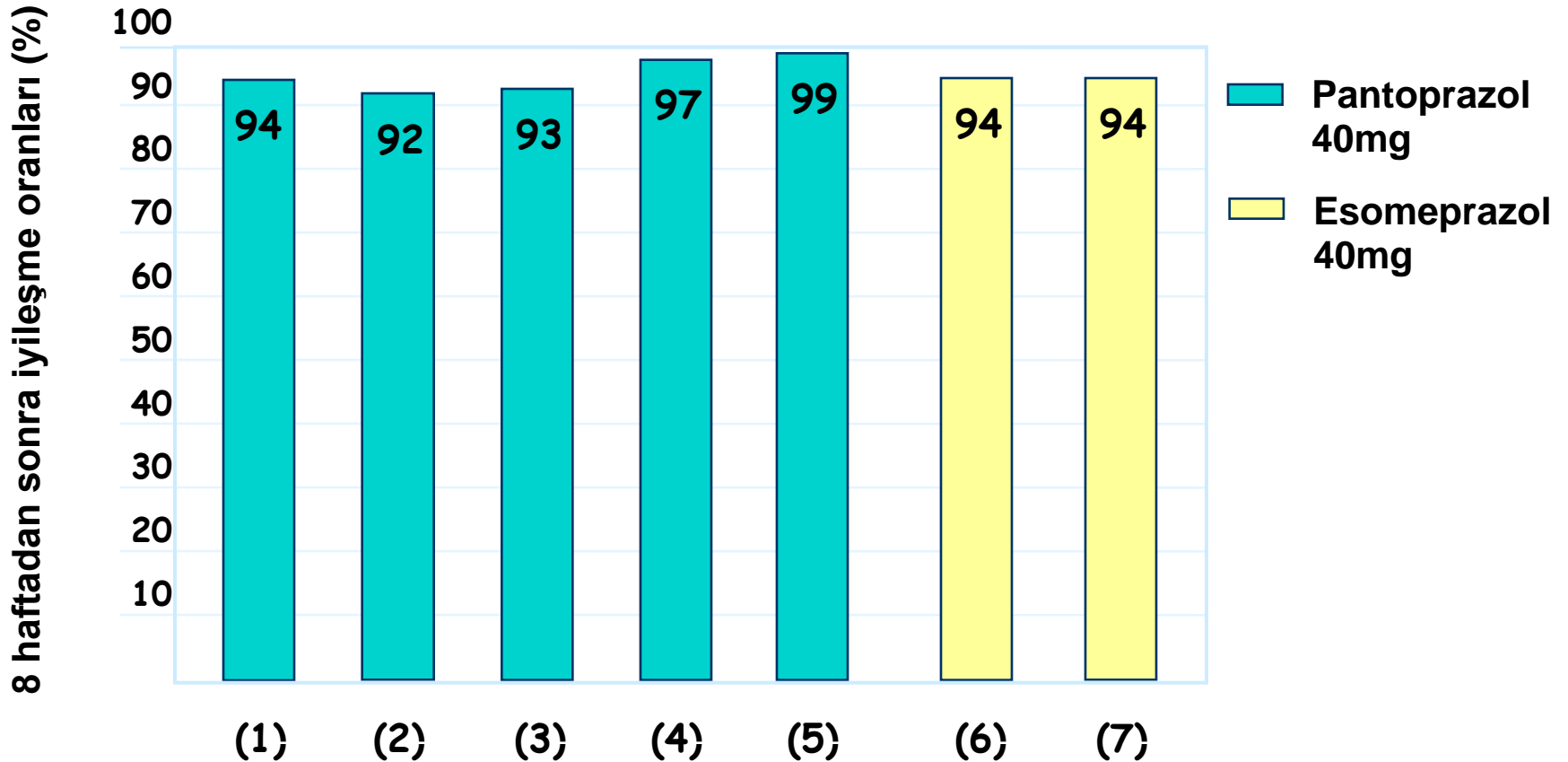


PPI
Bireysel ihtiyaca göre

-
- PPI'leri arasında fark var mı?



Orta ve şiddetli reflü özofajiti olan hastalarda karşılaştırmalı iyileşme oranları:



1. Corinaldesi et al; 1995
2. Duvnjak et al; 1998

3. Dupas et al; 1998
4. Vicari et al; 1998

5. Menchén et al; 2000
6. Kahrilas et al; 2000

7. Richter et al; 2000

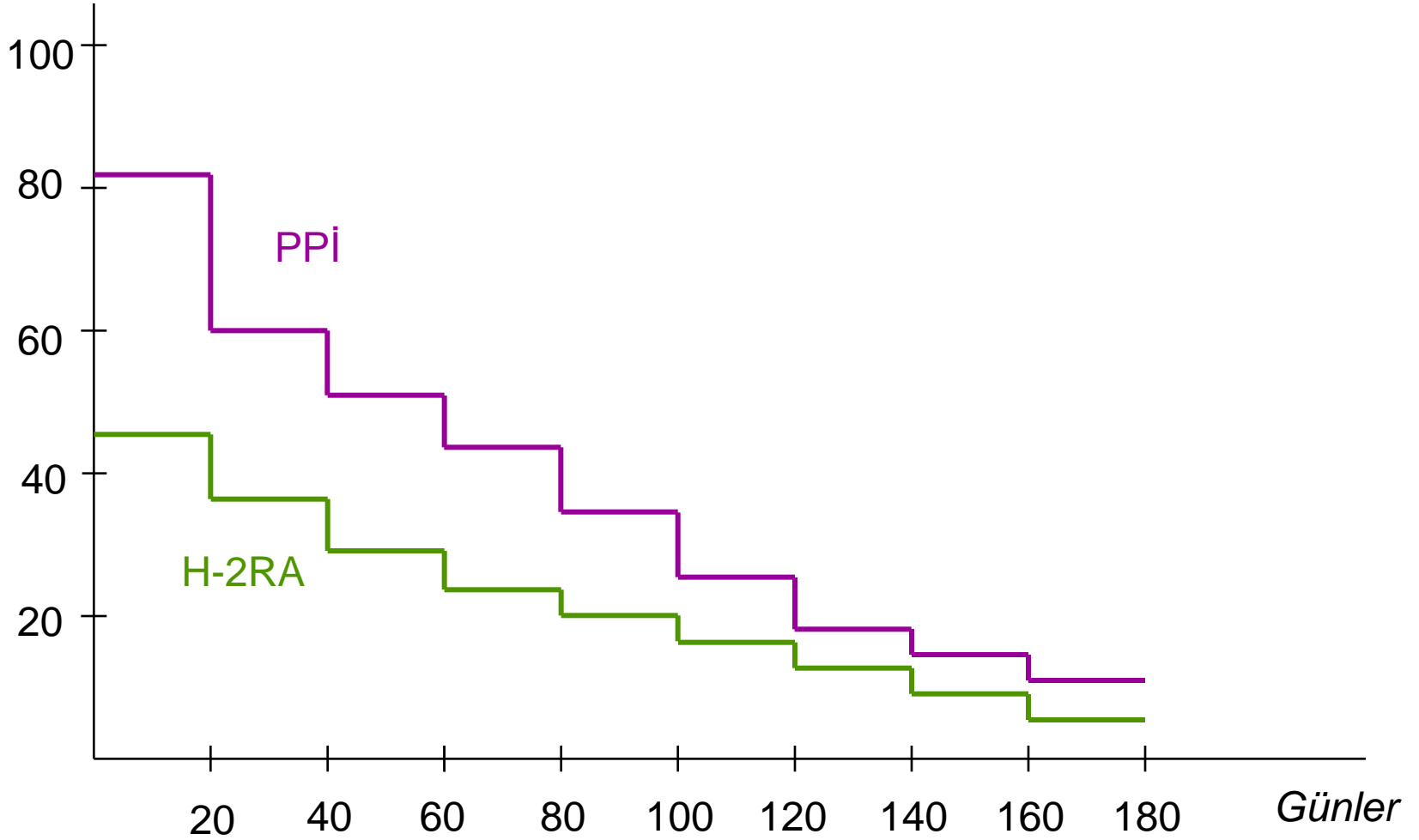
Are the orally administered proton pump inhibitors equivalent?

...The physician's choice of one PPI over another must rest with her/his interpretation of the clinical importance of the generally small differences between PPIs, their approval for treatment of specific clinical indications within the physician's practice jurisdiction, and the strength of the evidence based on the quantity and quality of the supporting clinical trials.

Curr Gastroenterol Rep 2000

GÖRH'da Tedavi Sonrası Nüks

Realaps Oranı %



H.pilori ve GÖRH

- GÖRH'da H.pilorinin rolü ?
- GÖRH'da H.pilorinin sıklığı ?
- H.pilorinin varlığı ile relaps arasındaki ilişki ?
- H.pilori eradikasyonu sonrası GÖRH sıklığı ?
- H.pilorinin varlığı PPI ile yapılan tedavinin sonuçlarını etkilemiyor ?
- GÖRH'da H.pilori eradikasyonun faydası ?
- ...

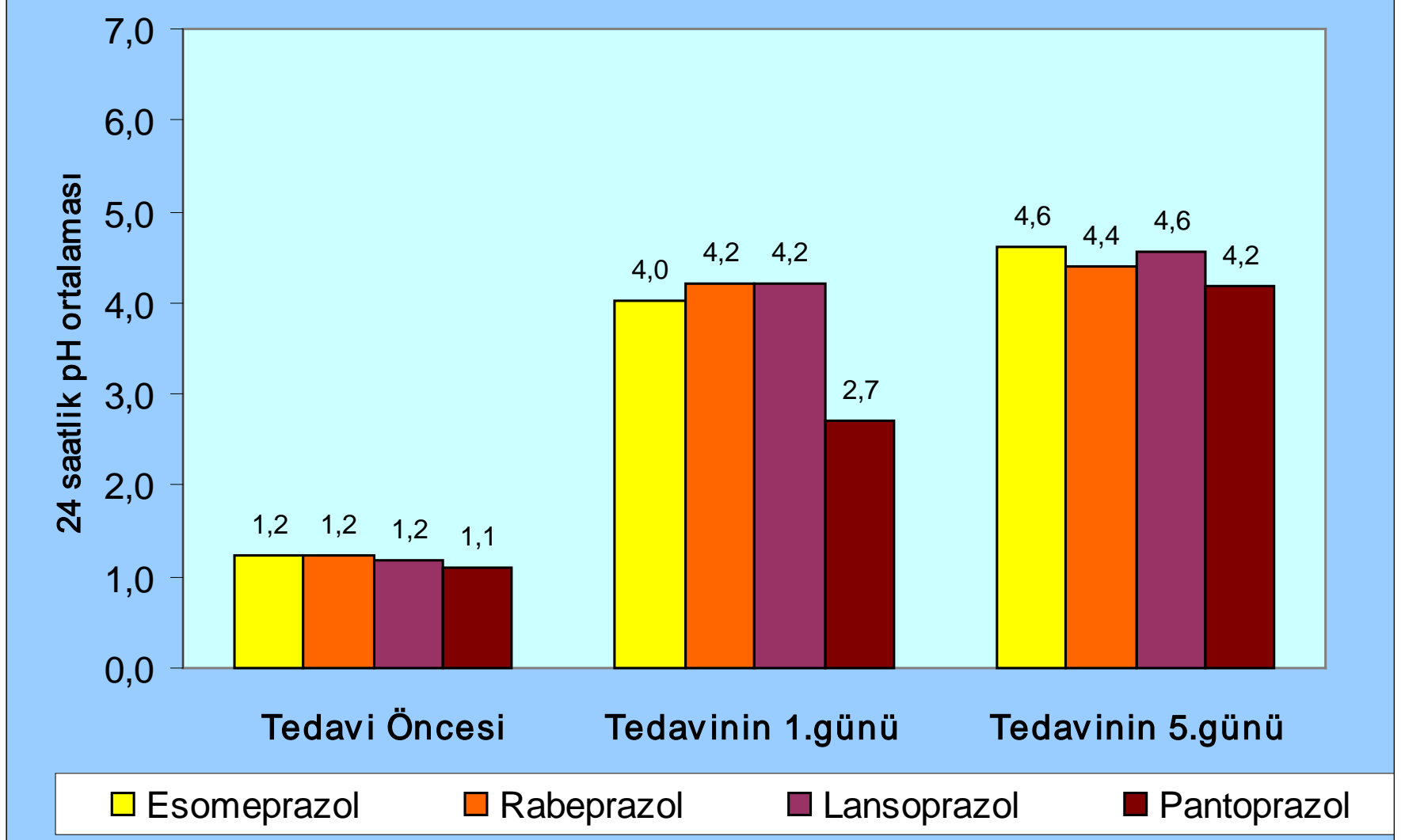
Tedavi Yaklaşımı- ÖZET

- GÖRH sık nükslerle seyreden kronik bir hastalıktır
- Tedavide amaç sadece semptomları ve varsa özofajiti iyileştirmek değil, fakat aynı zamanda hastalığı iyilik halinde tutmak ve de komplikasyonları önlemektir
- Tedavi yaşam tarzı modifikasyonu ile birlikte tıbbi ve endoskopik tedaviden gerekli olgularda cerrahi tedaviye kadar uzanabilir

Tedavi Yaklaşımı- ÖZET

- Bugün için tüm olgulara PPI ile başlanmalı, hafif olgularda tedavi hastanın ihtiyacına göre **intermittan** tedaviye dönüştürülebilirken, ciddi olgularda (G III-IV) sürekli tedavi uygulanmalıdır
- PPI'leri arasında tedavinin 5.gününden itibaren etkinlik açısından istatistiksel olarak anlamlı olabilecek bir farklılık yoktur

Tedavi Yaklaşımı- ÖZET



Tedavi Yaklaşımı- ÖZET

- Bugün için GÖRH'da çözümlenmemiş konulardan birisi de H.pilori-GÖRH ilişkisidir
- GÖRH'da rutin olarak H.pilori eradikasyonu gereksizdir
- İdame tedavi özellikle özofajitli olgularda önem arzeder
- Endoskopik tedaviler???

Tedavi Yaklaşımı- ÖZET

- Cerrahi tedavi laparoskopik cerrahi uygulayan merkezlerde uygun endikasyonu olan olgularda yapılmalıdır
- Özofagus dışı semptomlarda tam doz PPI'leri ve yine gerekli olgularda cerrahi tedavi denenebilir
- Komplikasyonlar için (örn.Barrett özofagus) özel takip gereklidir
- Gebelikte ortaya çıkan GÖRH'da antasid ve aljinik asid güvenli kullanılabilir

iBS: Tanım

“ The bowels are at one time constipated, another lax, in the same person.

How the disease has two such different symptoms I do not profess to explain.”



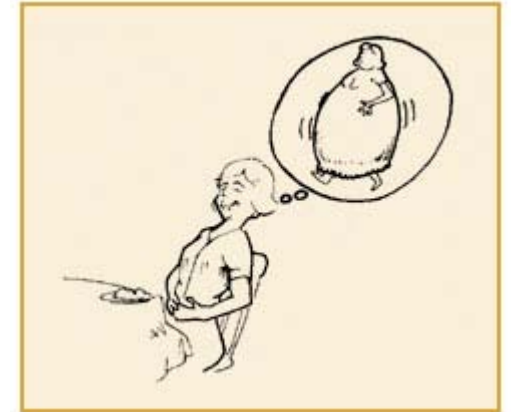
İBS: Tanım

- İBS “karın ağrısı ile birlikte dışkılama veya barsak alışkanlığında değişikliğin olduğu fonksiyonel barsak hastalığı” olarak tanımlanır.

Thompson et al. Gut 1999

İBS Subtipleri

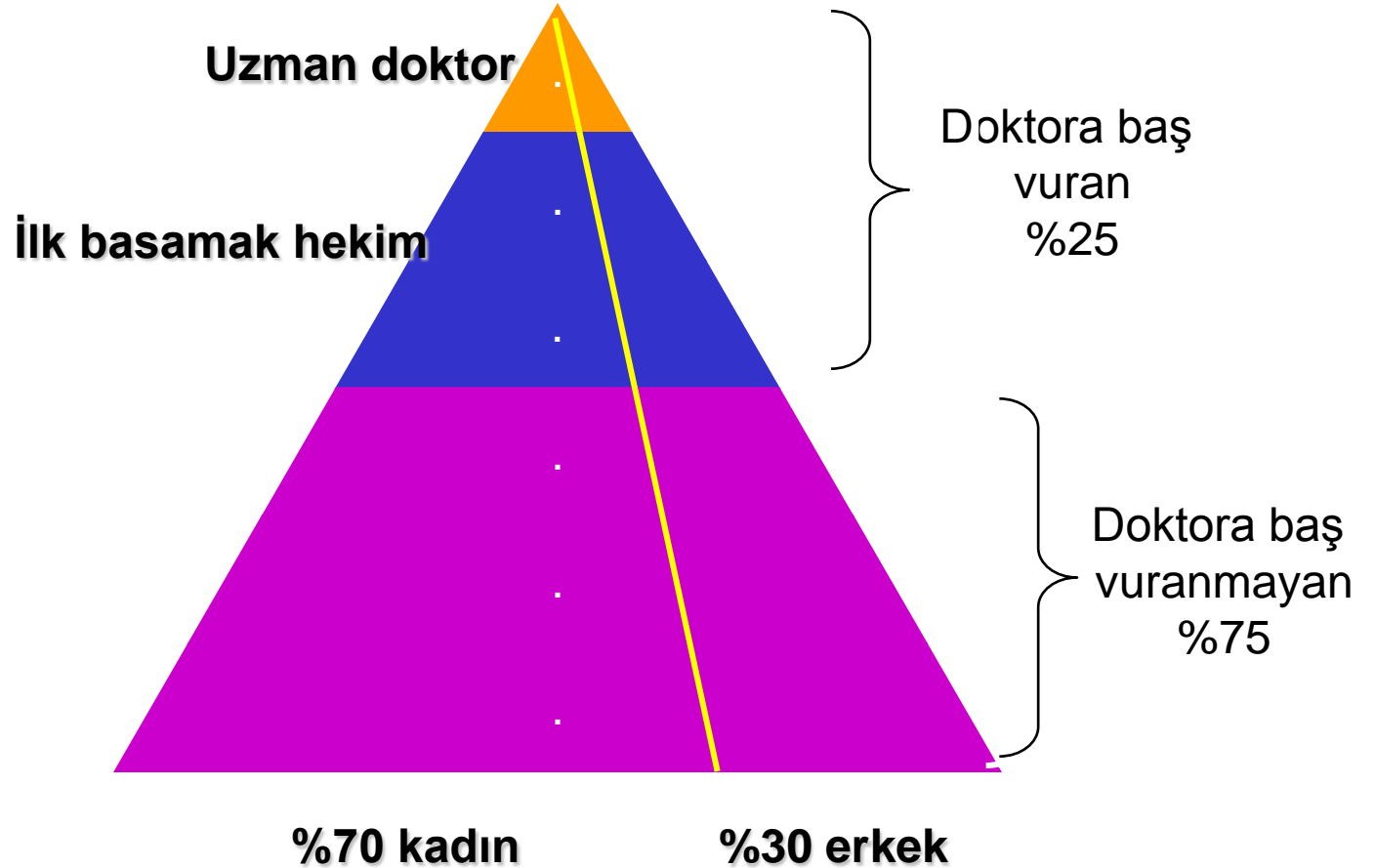
- Konstipe dominant
- Diare dominant
- Diare / konstipasyon alternasyonu



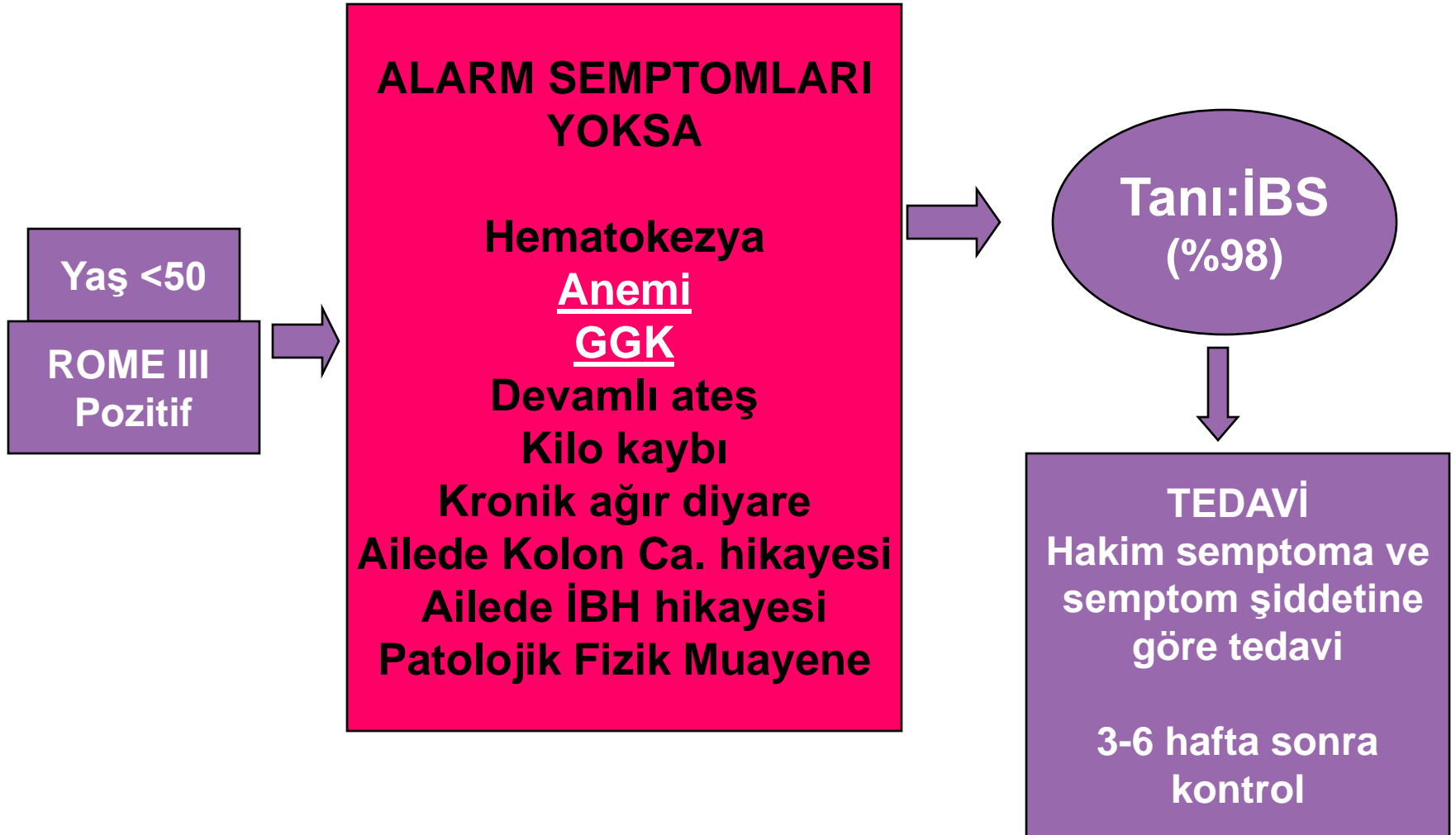
İBS ile İlgili Gerçekler

- ABD'de toplumun %20'i İBS ile ilgili semptomlara sahip
- Gastroenteroloji pratiğinde en fazla tanı konulan durum
- İlk basamak hekimlikte karşılaşılan ilk 10 hastalıktan biri
- K/E : 7/1
- En sık görülen fonksiyonel barsak hastalığı

İBS : Başvuru şekli



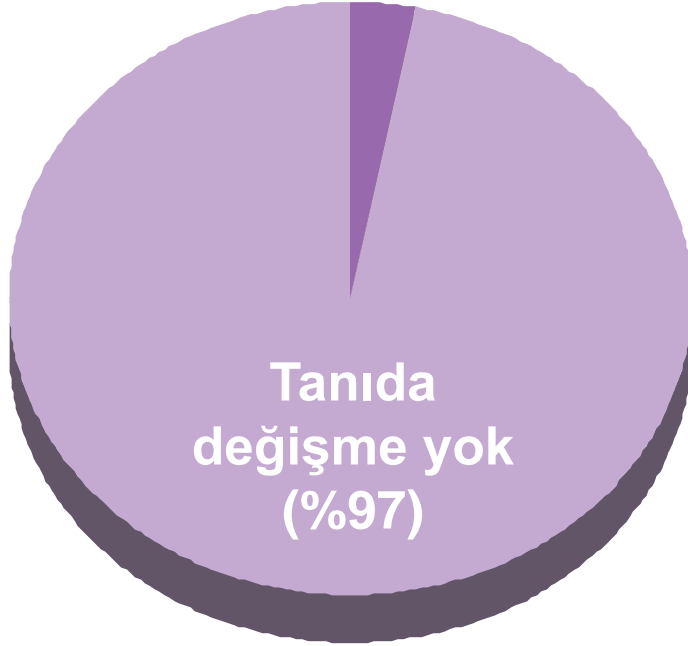
İBS: İlk Değerlendirme Kılavuzu



İBS: “ROME III” Tanı Kriterleri

- Tanıdan önceki 6 aydır olan ve >3 ay aktif olarak devam eden karın ağrısı ya da karında rahatsızlık hissi
(+ aşağıdakilerden 2 tanesinin bulunması)
 - Defekasyonla hafifleme
 - Gaita sıklığındaki değişme ile ilişkili başlangıç
 - Gaita şeklindeki değişme ile ilişkili başlangıç

Tanının ve İBS Semptomlarının Devamlılığı



İlk değerlendirme yeterli olarak yapıldığında, hastaların çoğunun tanısında değişiklik olmamıştır



Hastaların çoğunda tanıdan 5 yıl sonra semptomlar hala devam etmektedir

Genel Yaklaşım

Dominant semptom ve semptomun şiddeti ile altta yatan psikososyal faktörlere göre tedavi programı uygulanır

- Diyet
- Tıbbi tedavi
- Psikolojik ve davranışla ilgili (eğitim);
 - Psikoterapi,
 - Stresin tedavisi

Diyet

- Semptomlarını tetiklediğini düşündüğü gıdalardan sakınmalı
 - Cafein
 - Aşırı yağ alımı
 - Alkol
- Diyareli hastalarda
 - Laktoz İntoleransı düşünölmeli
 - Aşırı meyve suyu/Sorbitol tüketimi
- Konstipe hastalarda
 - Az lifli beslenme sorgulanmalı
- Şişkinlik/Gaz şikayeti olanlarda
 - Baklagiller, lahana,karnabahar sakınılmalı
- Diyete lif eklenmesi
 - Konstipe İBS'de yararlı olabilir
 - Lif alımının ilk 3 gününde semptomların kötüleşebileceği anlatılmalı

Tıbbi Tedavi Yaklaşımları

- Semptomaya dayalı farmakoterapi
 - Ağrı ve şişkinlik : antispazmodikler
 - Diare ve ani dışkılama hissi : antidiareal ajanlar
- Konvansiyonel tedavilere cevapsızlık hekim ve hastayı diğer yaklaşımlara götürebilir
 - Psikolojik ve davranış biçimine yönelik yaklaşımlar
 - Psikoterapi
 - Alternatif yaklaşımlar
- Gerçekçi hedefler konulması

İBS : Farmakolojik Tedavi

Konstipasyonun Tedavisi

-Lif eklenmesi

-Osmotik Laksatifler

Mg, Fosfat tuzları, PEG

-Emilmeyen KH Laksatifler

Laktuloz, Sorbitol : Pahalı ve gaz yapıcı yan etkileri var!

-Stimulan Katartikler

Bisacodyl, senna : *Kramp ve bağımlılık yaptıklarından uzun süreli kullanımları uygun değil*

Antidiyareik İlaçlar

-Opiat ve opioid analoglar

Difenoxylat-Atropin

Loperamid

-Safrası asidi bağlayıcılar

Kolestyramin

İBS : Spesifik Tedavi

- Antispasmodikler
- Antikolinergikler
- Kalsiyum kanal bloker
- Periferik opiat antagonistleri

İBS : Spesifik Tedavi

Antispazmodikler

Odds ratio (yararlılık)	2.1
Plaseboya göre yararlılık %	22
Bir hasta ted. için gereken hst.sayısı	4.5

Poynard, Aliment Pharmacol Ther-2001

Genel semptomları ve ağrıyı azaltırlar, diyare ve konstipasyona etkileri anlamlı değil

Yemeklerden 30 dk önce alınmalı,

Gerektikçe kullanımı daha etkili,

Dar açılı glokom ve prostat hipertrofisinde kullanılmamalıdır

İBS : Spesifik Tedavi

Mebeverin	Duspatalin 100 mg.draje	3x1-2
Trimebutin	Debridat fort tablet 200mg.	3x1
Pinaverium bromid	Dicetal 50 mg tb	3x1
Hyoscine N butil bromid	Buscopan 10mg drj.	3x1
Alverin Sitrat	Meteospazmyl kapsül 60mg.	3x1

Sedatif + Antispazmodik kombinasyonu

Clidinium bromid+Clordiazepoxide (Librax) 2,5+5mg 4x1

İBS :Farmakolojik Tedavi

Trisiklik Antidepressanlar

- Düşük dozda kullanılır
- Periferik sinir duyarlılığında azalma
- Antikolinergik etkiler 2 hafta içinde başlar
- Ağrı ve D-İBS'de daha etkili
- Yan etkileri: Konstipasyon, uyku hali, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, aritmi, nöbet eşiğini düşürme.

İBS :Farmakolojik Tedavi

Trisiklik Antidepressanlar

	Antispazmodikler	TCA
Odds ratio (yararlılık)	2.1	4,2
Plaseboya göre yararlılık %	22	33
Bir hasta ted. için gereken hst.sayısı	4.5	3,2

Jackson, Am J Med 2000

Amitriptyline

Laroxyl, Triptilin 10-25 mg.

Desipramin

Doxepin

Nortriptilin

Genellikle tek dozda ve gece verilir

Gİ Kanaldaki Serotonin (5-HT) Önemi

- Gİ kanal vücuttaki 5-HT'nin ~%95'ini içerir
- 5-HT salınımını sağlayan faktörler
 - Patolojik uyarılar
 - Fizyolojik uyarılar
- 5-HT'nin Gİ kanaldaki rolü
 - Normal fizyolojiyi korur (peristalsis, sensitivite)
 - Fizyopatoloji (motor fonksiyon değişikliği, abdominal ağrı, kusma)
- Gİ kanalda, 5-HT başlıca 5-HT₃ ve 5-HT₄ reseptörleri üzerinden etki gösterir

Tedavi Yeni İlaçlar

- **Alosetron hydrochloride**

- 5-HT₃ reseptör antagonisti
- Şiddetli diare dominant İBS'lu kadınlar;
 - GİT'ta anatomik ve biyokimyasal anormalliğin olmadığı
 - Kronik İBS semptomları olan (genellikle ≥6 ay semptom)
 - Konvansiyonel tedaviye cevapsız olanlar
 - Yararlılığı % 43 (Plasebo % 26) p<0.001
 - Yan etkileri:

Konstipasyon %22

İskemik kolit 1/700

Watson, Am J Gastr.2001

Tedavi Yeni İlaçlar

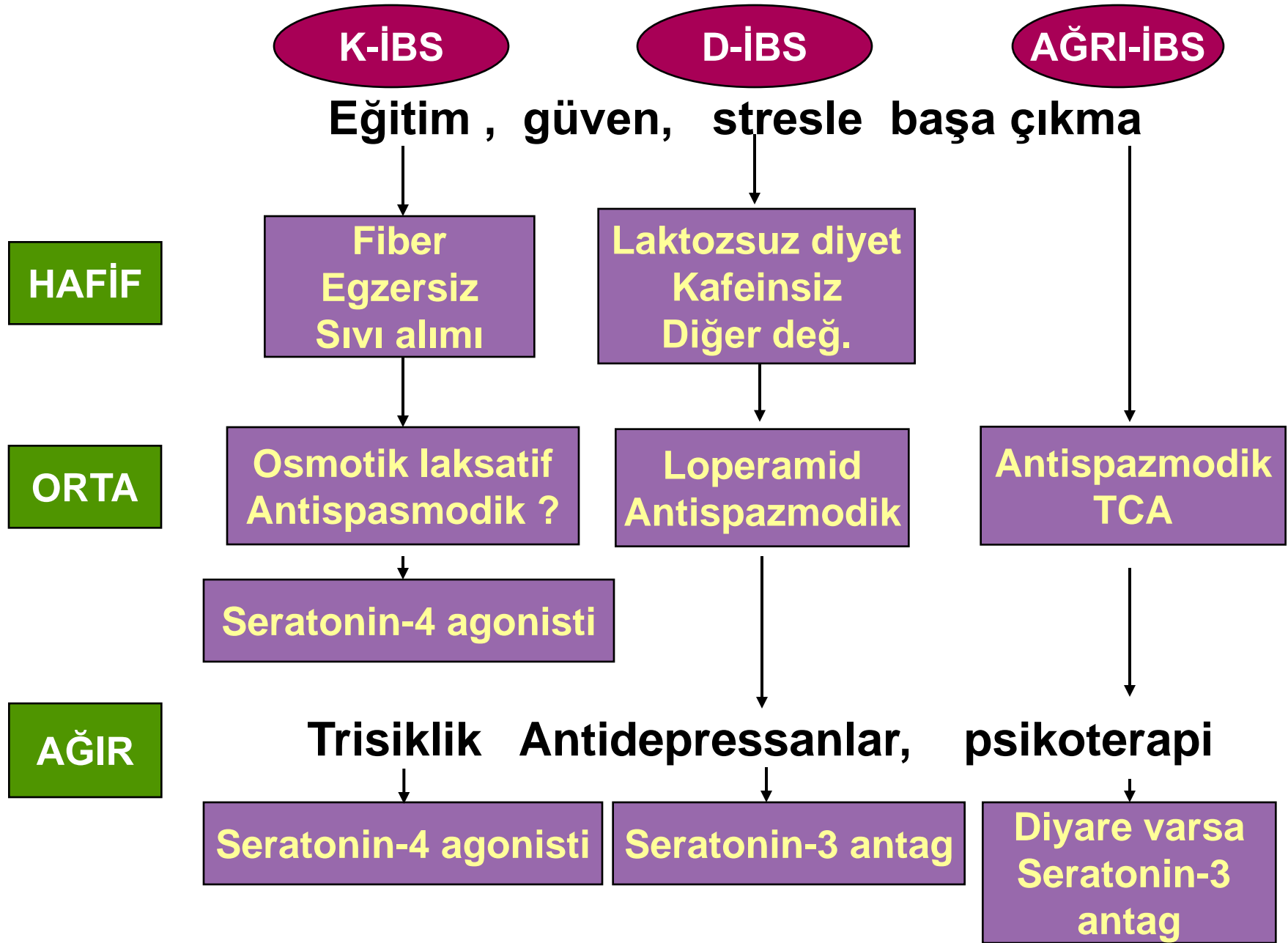
- **Tegaserod maleate**

- 5-HT₄ reseptör parsiyel agonisti
- Primer barsak semptomu konstipasyon olan İBS'lu hastaların tedavilerinde;
 - Etki 24-48 saatte başlar
 - Konstipasyon ve ağrı semptomları azalır
 - Tedavi 3 ay
 - 2x6 mg gün
 - Diyare %10 en önemli yan etkisidir

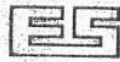
İBS: Gelecekteki Tedavi Seçenekleri

- Nörokinin 1-3 reseptör antagonistleri
- Kolesistokinin A reseptör antagonistleri
- Opiat Antagonist (Naltreoxone)
- Muscorinik 3 reseptör antagonistleri...

İBS: TEDAVİ STRATEJİSİ-ÖZET



Sayfa
No 7



T.C. EMEKLİ SANDIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

KARNE

Tarih

14...04...2004

Hastanın adı soyadı
Canan Dedeoğlu

Protokol no.
3421

Emeklilik sicil no.

Dr. Dip. No. adı soyadı
(varsa kaşesi)

Sağlık kurumunun adı

Teşhis

G. Z. Entent

Dahiliye Mütahassısı
Dip.No: 1568
İhtisas No: 24211-27920

GEREKLİ TEDAVİ, İLAÇ, PROTEZ VE İYİLEŞTİRME ARAÇLARI

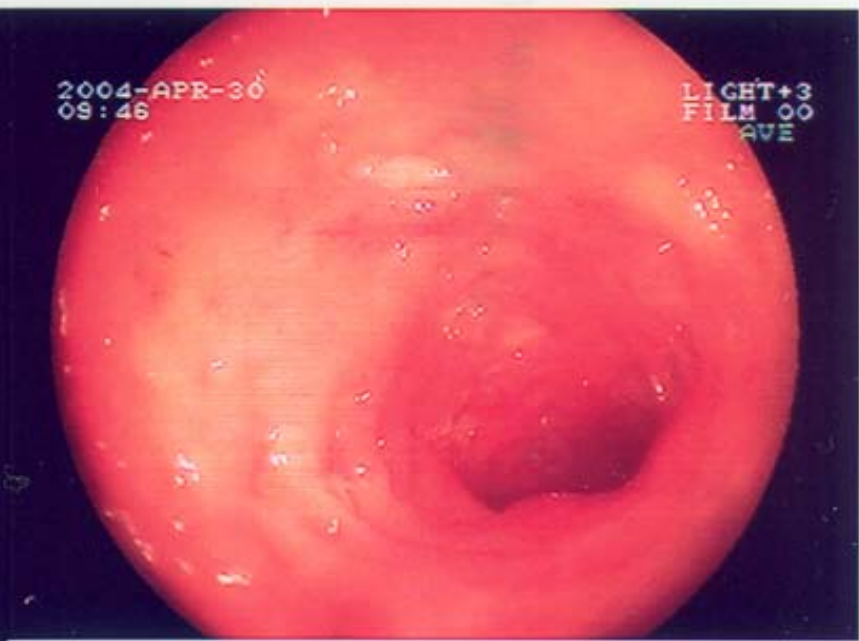
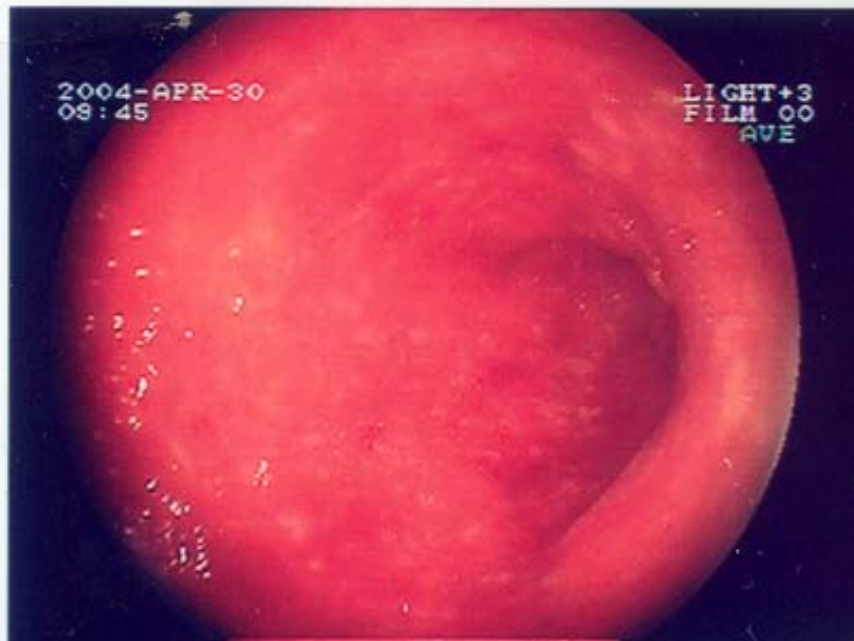
34112

Dahiliye Mütahassısı
Dip.No: 1568
İhtisas No: 24211-27920

70 - Cipro tab 500 mg
S 12 saatte VDB
0 - Erceforce kapul
S 3x1 VDB
Zelmac tab.
S 2x1 VDB
Fermosonol kordonele
S: 3xnde kapul
1x VDB

Sağlık kurumu mühür, imza

İlaçları alanın adı soyadı, imza



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GASTROENTEROLOJİ BD ENDOSKOPI ÜNİTESİ
KOLONOSKOPI RAPORU

Adı: Canan Protokol No: 469 Tarih: 30.04.200
Soyadı: Dudak Yas-Cins: 41-K
Meslek: EH Telefon: 0262-4522028
Şikayet: Kanlı diyare

Sigara: --- Alkol: --- NSAİD: --- Operasyon: ---

Premedikasyon: ---
Kolonoskop: Fujinon EFX-201

Anal Kanal (Dış Görünüm): Saat 12 hizasında inaktif hemoroid pilleri

Rektal Tuşe: Normal

Kolonoskopi: Rektum, rektosigmoid bileşke, sigmoid kolon distaline kadar gözlendi. Rektumdan itibaren mukoza ödemli, frajil, submukozal vasküler yapılar kaybolmuş, mukozada yaygın olarak birbirleriyle birleşme göstermeyen ülserler izlendi.

Biopsi: y

Tanı: İBH (Ü.kolit)

Öğretim Üyesi:



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ PATOLOJİ
ANABİLİM DALI

BİYOPSİ RAPORU

BİYOPSİ NO : B- 1967 -04

DOSYA NO : 329258

BİYOPSİ TARİHİ : 30.04.04

ADI : CANAN

LAB.GEL TARİHİ : 30.04.04

SOYADI : DUDAK

GELDİĞİ BÖLÜM : GASTRO

YAŞI : 40 CİNSİYETİ : Bayan

ALINDIĞI DOKU : KOLON

ADRESİ :

KLİNİK ÖZETİ

KLİNİK ÖN TANILAR

OLGUYA AİT ESKİ BİYOPSİ:

Makroskopi: Büyüğü 0.3 cm çapında 4 adet doku parçası. 1/Y EÖ.DT

Mikroskopi:

TANI:

KOLON-ENDOSKOPİK BİYOPSİ: Ülser zemini, glandüler distorsiyon, müsin deplesyonu, kript abseleri, kronik aktif yangı, muskular mukozayı parçalayan mixed tipte yangısal infiltrasyon, ödem.

07.05.2004

Ek bilgi/Yorum: YORUM: Bulgular aktif dönemde inflamatuvar barsak hastalığı ile uyumludur.


DR.D.TURAN

DOKTOR

DR.S.K.ÖZKARA

DR.Y.GÜRBÜZ

KOD: Kolan-Bx-M-40030-M-43000