

Kronik Abdominal Ağrı

Senem KORUK¹, İrfan KORUK², Erkan PARLAK²

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD¹, Gaziantep

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü², Ankara

Kronik abdominal ağrı, en az 3-6 ay süreyle devam eden, kişinin günlük yaşamını etkileyen ve nedeni tam olarak açıklanamayan klinik tablo olarak tarif edilmektedir (1). Bu durum hem hasta hem de sağlık çalışanları için önemli bir problemi oluşturmaktadır.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada 20 tane kronik abdominal ağrılı hasta incelenmiş, hastaların ortalama 5,7 kez doktora müracaat ettikleri, 6,4 defa endoskopik veya radyolojik tetkik yapıldığı, 2,7 kez operasyon geçirdikleri, bu hastaların %85’inin Psikiatri’ye sevk edilirken, %40 hastanın alternatif tedavi yollarına başvurdukları bildirilmiştir (2).

ABD’de yapılan bir çalışmada ise bu hastaların bir yılda ortalama 11,8 gün işgücü kaybı olurken, kontrol grubunda 4,2 gün bulunmuş, bu kişilerin doktora müracaatları da kontrollere göre daha fazla olmuştur (3).

KRONİK ABDOMİNAL AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Kronik abdominal ağrı ile müracaat eden hasta değerlendirilirken dikkatli bir anamnez ve fizik muayenenin yanı sıra birtakım laboratuvar yöntemlerinden de faydalanılmaktadır.

ANAMNEZ

Hastanın değerlendirilmesinde öncelikli olan anamnezdır. Anamnezde ağrının şekli, yerleşimi, periyodik mi yoksa sürekli mi olduğu, ağrıyı arttıran ya da azaltan faktörlerin varlığı, hastanın kullandığı ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır. Kronik abdominal ağrı ile gelen hastalarda genelde karında bir huzursuzluk hali vardır ve kimi zaman ağrıyı ta-

riflemede güçlük çekerler. Barbituratlar, sulfonamidler, antikonvulzanlar porfiriada karın ağrısının tetikleyebilir. Madde bağımlılığı ve kronik narkotik kullanımı da abdominal ağrıya neden olabilir.

Ağrının şekli ve lokalizasyonu bilgi verici olabilir. Ağrının yeri ile bazı organlardan kaynaklanan ağrılar ayırt edilebilir. Ağrının lokalizasyonu ile ilişkili olabilecek organlar Tablo 1’de verilmiştir.

FİZİK MUAYENE

Hastanın anamnezi alındıktan sonra hassasiyetin yerini belirlemek, herhangi bir organda büyüme olup olmadığını tespit etmek için dikkatli bir fizik muayene yapılması gereklidir. Ağrının net lokalize edilip edilemediği, şiddeti, arttıran veya azaltan faktörlerin tespiti muayene ile mümkün olabilir.

Bu arada kronik abdominal ağrılı hastaların bir kısmında neden olan kronik abdominal duvar ağrısını (KADA) tespit etmek için, ilk olarak 1926’da Carnett tarafından tarif edilmiş olan test yapılmalıdır (Carnett Testi) (4). Bu muayenede önce hassas olan bölge palpe edilir ve maksimal stimülasyonu oluşturacak kadar basınç uygulanır. Sonra hastadan karın kaslarını kasma istenir. Bunu sağlamak için hastanın yataktan başını doğrultması veya bacaklarını düz olarak gemesi önerilir. Ve tekrar basınç uygulanır. Eğer ağrı karın duvarın kökenli ise bu manevra ile artar, visseral kökenli ise değişmez.

1977’de Thomson ve Francis akut abdominal ağrı ile acil servise müracaat eden 120 hastada Carnett belirtisinin etkinliğini değerlendirmek için bir çalışma yapmışlardır. Müracaat eden hastalardan Carnett testi pozitif olan 24 hastadan sadece bir ta-

Tablo 1. Ağrı lokalizasyonu ve ilişkili organlar

Ağrının Yeri	Organlar
Xifoid-umblikus arası	Ön barsaktan köken alan organlar Distal özofagus, mide, proksimal duodenum, bilier sistem ve pankreas
Periumblikal bölge	Orta barsak orjinli organlar İnce barsaklar, apendiks, çıkan kolon, transvers kolonun proksimal 2/3 kısmı
Umblikus-Symfisis arası	Son barsak orjinli organlar transvers kolonun distal 1/3 kısmı, inen kolon, rektosigmoid bölge

nesinde visseral patoloji gözlenirken, Carnett testi negatif olan 96 hastanın hepsinde visseral patoloji saptanmıştır (5).

LABORATUVAR

Bu hastalar genelde gastroenteroloji uzmanına müracaat etmektedirler. Yapılacak olan tetkiklerin maliyet etkinlikleri üzerine çalışmalar azdır. Hastaların bir kısmında sınırlı sayıda tetkik yeterli olmaktadır. Hastanın yaşı, ön plandaki semptomu, ağrının süresi ve şiddeti, alarm semptomların varlığına göre yapılacak olan tetkikler seçilir. Tam kan sayımı her hastada yapılmalıdır. Sedimantasyon hızı, karaciğer fonksiyon testleri ve bazı durumlarda amilaz öncelikli olarak yapılabilecek olan tetkikler arasında yer almaktadır. Eğer hastada alarm semptomları varsa (anoreksi, kilo kaybı, malnutrisyon) daha ileri tetkikler olarak USG, tomografi ve endoskopik incelemeler yapılır. Hastalarda daha ileri inceleme olarak laparoskopinin yapılması konusu tartışmalıdır. Genelde daha önceden batin cerrahisi geçirmiş hastalarda adezyonları ekarte etmek için uygulanır.

SIK SEBEPLER

Kronik abdominal ağrı değerlendirilirken sık karşılaşılan birtakım gastrointestinal hastalıklar ekarte edilmelidir. Bunlar arasında peptik ülser, kronik pankreatit, gastro-özofageal reflü hastalığı, dispepsi, safra kesesi hastalıkları, irritable barsak sendromu ve inflamatuvar barsak hastalıkları sayılabilir (6).

Ekarte edilmesi gereken ve kronik ağrıya yol açan nadir hastalıklar arasında ise; abdominal duvar ağrısı sendromu, fibromiyalji, ağrılı kot sendromu, Tietze sendromu, posttravmatik ağrı, abdominal herniler, torasik disk hernisi, spinal kas hastalıkları, vertebra korpus hastalıkları ve psikolojik bozukluklar sayılabilir. Metabolik hastalıklardan kronik böbrek yetmezliği, Addison hastalığı da kronik ağrıya neden olabilir (6). Bu hastalıklar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Kronik abdominal ağrı nedenleri

Kronik Abdominal Ağrıya Yol Açan Organik Nedenler	
Sık	Nadir
Peptik ülser	Abdominal duvar ağrısı sendromu
Kronik pankreatit	Fibromiyalji
Gastroözofageal reflü hastalığı	Ağrılı kot sendromu
Dispepsi	Tietze sendromu
Safra kesesi hastalıkları	Posttravmatik ağrı
İrritable barsak sendromu	Abdominal herniler
İnflamatuvar barsak hastalıkları	Torasik disk hernisi
	Spinal kas ve vertebral korpus hastalıkları

FONKSİYONEL ABDOMİNAL AĞRI SENDROMU

Kronik abdominal ağrıya yol açan bir diğer neden ise "fonksiyonel abdominal ağrı sendromu" dur (FAAS). FAAS, aynı zamanda kronik intraktible ağrı sendromu ve kronik nedeni bilinmeyen abdominal ağrı olarak da tanımlanmaktadır. FAAS uluslararası çalışma grubu tarafından şu şekilde tanımlanmıştır (7):

1. Sıklıkla tekrarlayan veya en az 6 ay süreyle devam eden ağrı
2. Yemek yeme, defekasyon, menstrasyon gibi birtakım fizyolojik olaylarla ilişkisinin olmaması
3. Bazı günlük faaliyetlerin yapılamaması
4. Ağrının nedenini açıklayacak organik bir hastalığın olmaması ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların tüm kriterlerine uymaması

FAAS'DA KLİNİK

Ağrı genelde saatler hatta günler boyu devam edebilir. Alevlenmeler arası genelde hasta rahat bir dönem tariflemeyebilir ve hep bir ağrının varlığından şikayetçidir. Ağrıyı net olarak tarif edemezler. Hastaların büyük çoğunluğunda karnı haricinde

de ağrı vardır. Birçok seride hastaların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu hastaların çoğunda çocukluk döneminde karın ağrısı, fiziksel veya psikolojik travmaya maruziyet hikayesi mevcuttur. FAAS'ta ağrının nedeni araştırılırken bulunan birtakım sebepler genelde ağrının kaynağı olmaktan uzaktır. Hastaların takibinde yıllarca ağrısız dönemlerinin olamadığı tespit edilebilir.

FAAS'NUN PATOGENEZİ

Psikolojik faktörler ve patogenezi: FAAS'lı hastalardaki psikolojik faktörlerin patogeneziye rolü inkar edilemez. Literatüre bakıldığında FAAS'lı hastaların çoğunun somatizasyon bozukluğu ve somatoform hastalıklarla overlap oluşturduğu görülür. Tıpkı diğer kronik ağrılı hastalarda olduğu gibi FAAS'ta da hastalar depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, azalmış aktivite ve halsizlikten yakınır.

a. Ağrı iletim yolları: Kronik ağrının ortaya çıkışında periferik ve santral sinir sisteminin önemli bir yeri vardır. Kronik ağrı, sensoryal, emosyonel ve kognitif birtakım etkiler sonucu ortaya çıkar. FAAS'ta altta yatan organik bir patoloji olmadığı için ağrı iletim yolları ve uyarının düzenlendiği merkez olan santral sinir sistemi (SSS) major rol oynar (1).

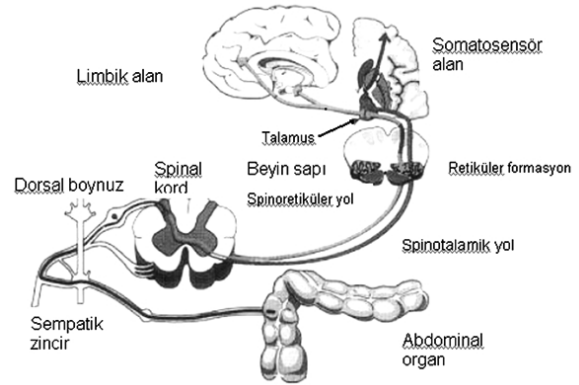
Abdominal ağrı iletiminde sinir yollarında 3 nöron rol alır (Resim 1):

1. nöron ⇒ organın innervasyonunu sağlar ve torakolumber sempatik sistem aracılığı ile medulla spinalise ulaşarak dorsal boynuzda sinaps yapar

2. nöron ⇒ dorsal boynuzdan başlar medulla spinaliste çapraz yaparak spinotalamik ve spinoretiküler yollar aracılığı ile talamusta ve retiküler formasyonda sinaps yapar

3. nöron ⇒ Talamustan somatosensör kortekse, retiküler sistemden de limbik sisteme ve frontal loba bilgi iletilir

Ağrının düzenlenmesinde kapı-kontrol teorisi önemlidir. Organlardan gelen uyarılar, dorsal boynuzda değerlendirilir ve bir kısmı üst merkezlere (korteks ve limbik sistem) spinotalamik ve spinoretiküler yollarla iletilirken, aynı zamanda medüller çekirdeklere de uyarı gönderilir. Medüller çekirdekte ise endorfinlerin mediatör olarak kullanıldığı, dorsal köke inhibitör uyarılar gönderen sistem (dorsolateral funikulus) aktive olur. Bu sayede aljezik uyarı giderken aynı zamanda endorfin aracılığı analjezik sistem de devreye girer. Endorfin aktivitesi, bu sistemde yüksek konsantrasyonda bulunan serotonin (5HT) ve noradrenalin ile sağlanır.



Resim 1. Duyu iletim yolları

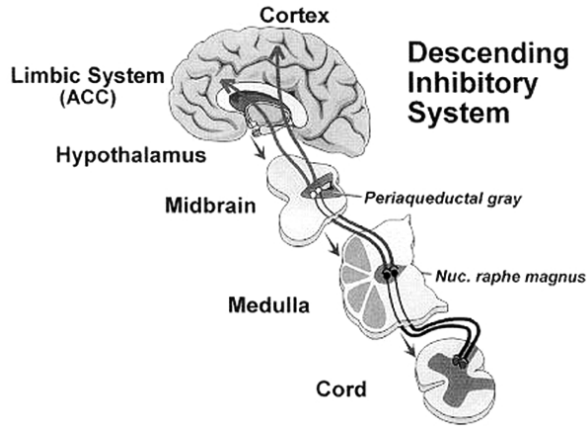
b. Visseral hipersensitivite: Visseral hipersensitivite FAAS'ta önemli bir rol oynar. Rekürren periferik uyarılar ağrı kontrol mekanizmasında down-regülasyona yol açar ve bu da kronik ağrının ortaya çıkışını sağlar. Visseral hipersensitivitede periferden sürekli uyarı alan ikinci nöronlarda substance P, neurokinin, calcitonin gen related peptide (CGRP) ve glutamat gibi eksitator aminoasitler aracılığı ile membran uyarılabilirliği artar ve ağrı daha fazla hissedilir hale gelir (1).

Uyarı SSS'ye gelince işlenir ve modifiye edilir. Serotonin, noradrenalin ve opioidler aracılığıyla aşırı seviyelere uyarılar gönderilerek desenden inhibisyon uygulanır (Resim 2). Stres ve diğer bazı psikolojik durumlarda bu inhibisyon etkilenir ve visseral sensitivite artar (1).

Yukarıda anlatılan tüm mekanizmalar FAAS ortaya çıkışında etkilidir.

HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzun süredir nedeni açıklanamamış ağrı ile müraacat eden hastada, tam bir fizik muayene ve değerlendirme yapmadan FAAS tanısı koymamak gerekir. Birtakım ipuçları tanı koymakta yardımcı olabilir. Bu konuda en önemlisi ağrının genelde hep aynı noktada, aynı şiddette ve aynı karakterde olmasıdır. Kronik ağrıyı ortaya çıkaran diğer nedenler genelde bir fizyolojik aktivite (yemek yeme, defekasyon, menstrasyon vs) ile ilişkili iken FAAS'ta böyle bir ilişki yoktur. Ateş, taşikardi ve kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomların olmaması da FAAS tanısını destekler. Organik kökenli olanlarda gece ağrısı olabilirken FAAS'lı hastalarda gece uyandıran ağrı nadirdir. Diğer nedenleri ekarte etmek için yapılacak olan tetkikler dikkatlice seçilmelidir. İleri tetkikler nadiren gerekir.



Resim 2. Desenden inhibitör sistem

TEDAVİ

FAAS tedavisinde kürden söz etmek mümkün değildir. Hedef ağrının palyasyonudur. Bu amaçla ilaçlar, nörostimülasyon ve nörodestrüksiyon teknikleri denemiştir.

İlaçlardan analjezikler sık kullanılmaktadır. Ancak hastalarda narkotik analjezik kullanımından şiddetle kaçınılmalıdır. Bu hastalarda düşük doz anti-depresanlar, hastaya santral analjezik etkinlikleri anlatılarak, kullanılabilir ve oldukça etkindirler.

Transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS) bazı hastalarda kısa vadede etkili olmuştur ve hastaların analjezik ihtiyacını azaltmıştır.

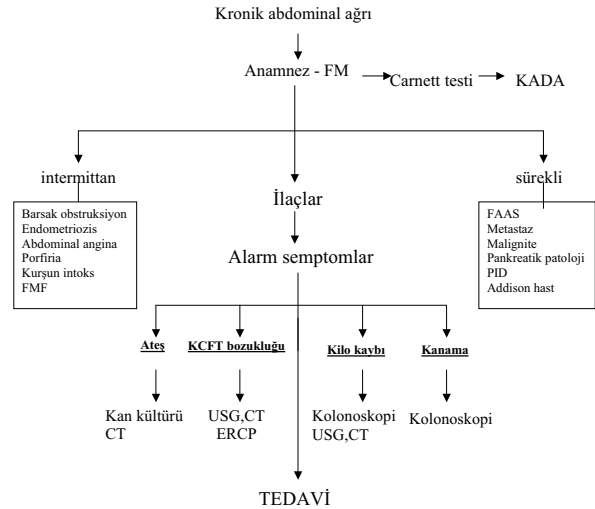
Biofeed-back, hipnoz, davranış tedavisi ve relaksasyon egzersizleri gibi çalışmalar tedavide etkili olabilir ancak endikasyonları tartışmalıdır. Klasik psikoterapi yöntemleri genelde bu hastalarda başarısızdır.

Hastaların bir kısmında ağrı palyasyonu için nöral blokaj kullanılabilir. Bu konuda yapılmış olan bir çalışmada kronik ağrı kliniğine gastroenterolog tarafından refere edilen 100 hastadan 26 tanesinde

pankreatit; 9 tanesinde kanser ağrısı, 7 tanesinde madde bağımlılığı tespit edilmiştir. Ağrı etyolojisi bulunamayan 43 hastaya palyatif ağrı tedavisi uygulanmış, bu hastaların %70'inde kısmi veya tam cevap alınırken, %30 hasta cevapsız grubu oluşturmuştur. Ağrının tedavisi ile ağrının şekli, süresi veya referans tanısı arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir (8).

SONUÇ

Kronik abdominal ağrı ile prezente olan hastada organik veya fonksiyonel ağrı ayrımının yapılması önceliklidir. Bunun için birtakım testler ve tanı kriterleri tarif edilmiştir. Hastalığın tedavisi, etyolojisi ortaya koyulduktan sonra tanıya spesifik olmalıdır. Fonksiyonel karın ağrısı sendromunda ise tedavi hem uzun süreli hem de multidisipliner olmalıdır. Tedaviye cevapsız hastalarda nöral blokaj gibi palyatif tedaviler denenebilir. Hastalığın değerlendirilmesi ile ilgili algoritim Resim 3'te verilmiştir.



Resim 3. Hastaların değerlendirilmesi algoritmi

KAYNAKLAR

1. Drossman DA. Chronic functional abdominal pain. Gastrointestinal and Liver Disease. Feldman M, Sleisenger MH. 6th edition, WB Saunders Co. Philadelphia. 1998:90-7.
2. Maxton DG, Whorwell PJ. Use of medical resources and attitudes to health care of patients with "chronic abdominal pain". Br J Med Econ 1992; 2: 75-9.
3. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. Householder Survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. Dig Dis Sci 1993; 38(9): 1569-80.
4. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. Surg Gynecol Obstet 1926; 42: 625-32.

-
5. Thomson H, Francis DMA. Abdominal wall tenderness: A useful sign in the acute abdomen. *Lancet* 1977; 2: 1053-4.
 6. DeBanto JR, Varilek GW, Haas L. What could be causing chronic abdominal pain?: Anything from common peptic ulcer to uncommon pancreatic trauma. *Postgrad Med* 1999; 106(3): 141-6.
 7. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and chronic functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45: 43-7.
 8. McGarrity TJ, Peters D, Thompson C, et al. Outcome of patients with chronic abdominal pain referred to chronic pain clinic. *Am J Gastroenterol* 2000; 95 (7): 1812-6.