



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN GEBE
HASTALARIN İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Bilge KARACA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2019



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN GEBE
HASTALARIN İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Bilge KARACA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Bedriye Müge SÖNMEZ

ANKARA

2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen, acil tıbbın temel dinamiklerini öğrenmemde yoğun emeği geçen tez danışmanım Uzm. Dr. Bedriye Müge SÖNMEZ'e, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli eğitim ve idari sorumlumuz Prof.Dr.Havva ŞAHİN KAVAKLI'ya, güncel bilgilerle donanmamızı sağlayan Doç. Dr. Mustafa SEVER'e, Doç. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN'a, çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Esmâ KIR'a, Berkin KARAPINARLI'ya, Bilgay KAYA'ya ve çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli eşim Op.Dr.Onur KARACA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Eğitimim boyunca her konuda bıkmadan sorularımı cevaplayan uzman doktorlarımıza ve gönüllü toplama aşamasındaki yardımlarından ötürü başta Nihal Sevgi AYDIN'a, Pınar İSKENDER UYSAL'a, İremgöl GÜNGÖR'eve tüm çalışma arkadaşlarıma katkılarından dolayı teşekkür ederim. Bu günlere gelmemde büyük payı olan anneme, babama ve kardeşime minnet ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Bilge KARACA

Ankara/2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	1
İÇİNDEKİLER	2
KISALTMALAR DİZİNİ.....	4
TABLOLAR DİZİNİ	5
ŞEKİLLER DİZİNİ	6
ÖZET.....	7
1. GİRİŞ	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Gebeliğin Fizyolojik Değişiklikleri	14
2.2. Klinik.....	15
2.3. Tanısal Testler.....	16
2.3.1. Laboratuvar	16
2.3.2. Görüntüleme.....	17
2.3.3. Tanısal Laparoskopi.....	18
2.4. Spesifik Tanılar	19
2.4.1. Gebelik Sürecine Göre Sınıflama.....	19
2.4.2. Abdomenin Lokalizasyonuna Göre Sınıflama	23
2.5. Ayırıcı Tanı	29
2.6. Prognoz.....	31
3. MATERYAL VE METOT	32
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	53
6. KISITLILIKLAR	62

7. SONUÇ.....	63
8. KAYNAKLAR	64
9. ÖZGEÇMİŞ.....	73
10. ETİK KURUL ONAY.....	75



KISALTMALAR DİZİNİ

AGE:	Akut gastroenterit
ALT:	Alanin transaminaz
AST:	Aspartat transaminaz
BT:	Bilgisayarlı tomografi
GGT:	Gama glutamil transferaz
GİS:	Gastrointestinal sistem
HCG:	İnsan koryonik gonadotropin
HELLP:	Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet
HG:	Hiperemezis gravidarum
IVF:	İn vitro fertilizasyon
İYE:	İdrar yolu enfeksiyonu
MRG:	Manyetik rezonans görüntüleme
USG:	Ultrasonagrafi
WBC:	White blood cells

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerde akut batına yol açabilecek patolojiler.....	13
Tablo 2. Grupların prokalsitonin pozitifliklerinin karşılaştırması	37
Tablo 3. Akut batın grubundaki hastaların TİT sonuçları	39
Tablo 4. Akut batınlı olgularda TİT patolojilerinin karşılaştırması	48
Tablo 5. Akut batınlı olgularda TİT’te lökosit esteraz karşılaştırması	48
Tablo 6. Akut batınlı olgularda TİT’te eritrosit karşılaştırması.....	49
Tablo 7. Akut batınlı olgularda TİT’te bakteri karşılaştırması.....	49
Tablo 8. Akut batınlı olgularda TİT’te keton karşılaştırması.....	50
Tablo 9. Gebelik haftası ile korelasyon.....	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Grupların yaş karşılaştırması	35
Şekil 2. Gruplar gebelik haftası karşılaştırması	36
Şekil 3. Hastaların tanıları.....	36
Şekil 4. Grupların WBC düzeylerinin karşılaştırması	37
Şekil 5. Grupların nötrofil sayısının karşılaştırması	38
Şekil 6. Grupların nötrofil yüzdesinin karşılaştırması	38
Şekil 7. Grupların hemoglobin düzeylerinin karşılaştırması.....	39
Şekil 8. Akut batınlı olgularda hastaların yaşlarının karşılaştırması	40
Şekil 9. Akut batınlı olgularda gebelik haftalarının karşılaştırması	41
Şekil 10. Akut batınlı olgularda WBC sayılarının karşılaştırması	42
Şekil 11. Akut batınlı olgularda nötrofil sayılarının karşılaştırması	43
Şekil 12. Akut batınlı olgularda nötrofil oranlarının karşılaştırması	43
Şekil 13. Akut batınlı olgularda hemoglobin değerlerinin karşılaştırması	44
Şekil 14. Akut batınlı olgularda platelet karşılaştırması	45
Şekil 15. Akut batınlı olgularda ALT karşılaştırması	45
Şekil 16. Akut batınlı olgularda AST karşılaştırması	46
Şekil 17. Akut batınlı olgularda GGT karşılaştırması.....	47
Şekil 18. Akut batınlı olgularda direk bilirubin karşılaştırması.....	47
Şekil 19. WBC için ROC analizi.....	51
Şekil 20. Nötrofil sayısı için ROC analizi	51
Şekil 21. Nötrofil yüzdesi için ROC analizi.....	52

ÖZET

ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAC: Acil servise karın ağrısı ile başvuran gebe hastalardaki inflamasyon belirteçleri ve klinik özelliklerinin tanısallığa olan katkısının belirlenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Hastanemiz acil servisine bir yıl süresince karın ağrısı ile başvuran, fizik muayene ile akut batın ön tanısı konan 18 yaş ve üstü, travma öyküsü ve sepsis ön tanısı olmayan gebeler çalışmaya dahil edildi (n=54). Karın ağrısı olmayan 18 yaş ve üstü sağlıklı gebeler(n=45) ile ise kontrol grubu oluşturuldu. Karın ağrısı ile başvuran gebe hastaların yaş, öykü, fizik muayene bulguları, hemogram, biyokimya, prokalsitonin, tam idrar tahlili ve ultrasonografi sonuçları değerlendirildi. Hospitalize edilen gebeler cerrahi gereksinimi var kabul edildi ve cerrahi batın olarak değerlendirildi. Veriler Statistical Package for the Social Sciences® for Windows 23.0 versiyonu ile analiz edildi. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortanca (minimum-maksimum); kategorik değişkenler sayı ve yüzdeler ile ifade edildi. İkili grup karşılaştırmalarında vaka sayısı az olduğundan Mann Whitney-U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-Kare testi kullanıldı..

BULGULAR: Akut batın ön tanısıyla takip edilen 54 hasta değerlendirildi. Yaş ortancası 27 yıl (minimum;18, maksimum;38 yıl), gebelik süresi ortalamaları18 hafta (minimum; 5, maksimum; 39 hafta) olarak tespit edildi. Akut batın ön tanısı ile izlenen gebeler ile kontrol grubu arasında (n=45) yaş, gebelik haftası, prokalsitonin ve hemoglobin değerleri açısından anlamlı ilişki saptanmadı. Lökosit ve nötrofil sayısı ile nötrofil yüzdesi değerleri akut batın ön tanılı gebelerde belirgin olarak yüksek saptandı (sırasıyla; $p<0,05$).Akut batın ön tanısı ile izlenen hastaların aldığı son/kesin tanımlar karşılaştırıldığında yaş, lökosit sayısı, nötrofil sayısı, nötrofil yüzdesi, hemoglobin düzeyi, platelet sayısı, aspartat transaminaz, alanin transaminaz, gama-glutamil transaminaz, direk bilirubin düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Akut batın ön tanısı ile izlenen gebeler arasında doğum eylemi başlayan gebelerin gebelik süresi

anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Akut batın tanılı olguların %91,7'sinde tam idrar tahlilinde patoloji saptandı. Akut batın ön tanısı ile izlenen gebeler arasında tam idrar tahlili parametreleri açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Gebelik süresi ile nötrofil düzeyi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon, gebelik süresi ile hemoglobin ve platelet düzeyleri arasında ise negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı ($p<0,05$).

SONUÇ: Acil servise karın ağrısı ile başvuran gebe hastalarda lökosit ve nötrofil sayısı ile nötrofil yüzdesi yüksekliklerinin herbiri spesifik tanıya yönlendirmese de, hastada akut batın varlığını düşündürmektedir. Bu konuda daha geniş serilerde yapılacak çalışmalar yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: acil servis, gebelik, akut batın, inflamasyon belirteçleri, klinik özellikler

ABSTRACT

EVALUATION OF INFLAMMATION MARKERS AND CLINICAL FEATURES OF PREGNANT PATIENTS PRESENTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH ABDOMINAL PAIN

AIM: The aim of this study is to define the diagnostic contribution of inflammation markers and clinical features of pregnant patients who are presented to the Emergency Department with abdominal pain

MATERIALS AND METHODS: Pregnant patients aged 18 and above who were presented to the Emergency Department with abdominal pain were included in the patient group (n=54) while pregnant patients who do not show any signs of abdominal pain were taken as controls (n=45). Patients' anamnesis, physical examination, symptoms, age, complete blood count, biochemical analysis, procalcitonin, urine analysis and Ultrasonographic findings were evaluated. Patients who were hospitalized were referred as patients with surgical indication. The data was analysed by "Statistical Package for the Social Sciences for Windows version 23.0". Due to small number of subjects in our study, Mann Whitney-U test was used for comparison of the groups while Chi-square test was used for analysis of categorical variants.

RESULTS: In this study, median age of patients who were screened for acute abdomen was found to be 27 (Min:18-Max:38) and the median week of pregnancy was 18 (Min:5-Max:39). There was no correlation between presence of acute abdomen and age or week of pregnancy ($p>0.05$). There was no statistically significant difference of procalcitonin and hemoglobin values between acute abdomen and control group ($p>0.05$). White Blood Cells, neutrophile count and ratio was higher in acute abdomen group ($p<0.05$). In subgroups of acute abdomen; no significant difference was found between groups regarding age, WBC, neutrophile count, neutrophile ratio, hemoglobine, platelets, AST, ALT, GGT, direct bilirubin ($p>0.05$). Patients who began labour had statistically significant higher week of pregnancy ($p<0.05$). %91.7 of patients with acute abdomen diagnosis had a pathology in urine analysis. In subgroups of acute abdomen, there was no statistically significant difference in between groups regarding presence of pathological findings in urine analysis such as positive leukocyte esterase,

erythrocytes, bacteria and ketones. Pregnancy week showed weak positive correlation with neutrophile count while showing moderate negative correlation with hemoglobine and plathelet levels ($p<0.05$).

CONCLUSION: Despite the lack of leading to a specific diagnosis, WBC, neutrophile count and ratio indicates presence of acute abdomen in pregnant patients with consistent physical examination findings. Studies including wider series may help in this subject.

Key Words: Emergency department, pregnancy, acute abdomen



1. GİRİŞ

Gebelerde büyüyen uterusun diğer organların yerini değiştirmesi, normal gebelikte görülen bulantı ve kusmanın karın ağrısına yol açması ve gebelikte non spesifik karın ağrılarının fazla olması akut batın kliniğini maskeleyebilmektedir. Bu nedenle de akut batın tanısı zorlaşmaktadır (1). Toplumun diğer kısımlarında olduğu gibi gebelerde de karın ağrısına neden olan patolojiler sık karşılaşılan sorunlar olup, gebede akut batın tablosu görülme sıklığı 500–635 gebelikte birdir (1, 2). Gebelerde en sık karşılaşılan non travmatik cerrahi patoloji normal popülasyonda da olduğu gibi akut apandisitir (2).

Gebelikte görülen ve akut batına neden olan hastalıklar istenmedik komplikasyonların görülmesine neden olabilmektedir (3).

Akut batın tablosunda tedavi yaklaşımının birincil amacı istenmedik durumlar yaşanmadan önce müdahale edilmesidir (3). Bu duruma ek olarak gebelikteki karın ağrısının fetüse olan etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan seri fizik muayeneler, klinik farkındalık ve sistematik değerlendirme, gereksiz cerrahiyi, travmatik maternal ve fetal kayıpları engelleyebilmektedir (2). Tanı ve tedavide gecikme yaşanmasının, maternal ve fetal mortalite ve morbilite insidansını ciddi boyutta etkilediği bildirilmektedir (4).

Gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, fizik muayene farklılıkları, görüntüleme yöntemlerinin kısıtlılıkları nedeniyle ayırıcı tanı yapmak zordur. Doğru ve zamanında tanı konulması konusunda yaşanabilecek zorluklar maternal ve fetal kayıplar gibi istenmeyen durumların oluşmasına neden olabilir. Yoğun çalışılan acil servislerde doğru ve erken tanı koymak hem hasta prognozuna hem de acil servis işleyişine olumlu katkı sağlayacaktır.

Gebelikte karaciğer fonksiyon testlerinde de değişiklikler olabilmektedir. Alkalen fosfataz artar, albümin azalır, transaminaz ve billüribin seviyesinde değişiklik olmaz (5). Gebelik boyunca tüketime bağlı olarak trombosit sayısında azalma ve lökosit sayısında hafif artış meydana gelir (6). Doğumdan sonra normal düzeylerine gelirler. Karın ağrısı ile gelen bir gebede bu ağrının obstetrik mi yoksa non-obstetrik mi olduğunu ayırt etmek gerekmektedir. Bu nedenle karın ağrısı etyolojisinin ayırıcı

tanısında acil servis kullanımına uygun, basit ve uygulanabilir objektif testlere ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda acil servise karın ağrısı şikâyetiyle başvuran gebe hastalardaki inflamasyon belirteçleri ve klinik özelliklerinin tanı koymadaki katkısını belirlemeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

Abdominal ve pelvik ağrısı olan hastaların değerlendirilmesindeki temel amaç, semptomların ciddi veya hayatı tehdit eden etiyolojiye sahip olanlarının hızlı bir şekilde tanımlanması ve acil müdahale edilmesidir. Muhtemel ciddi bir hastalık sürecini işaret eden belirtiler ve semptomlar arasında vajinal kanama, yeni başlangıçlı hipertansiyon, hipotansiyon, orta veya şiddetli ağrı, kusma, ateş ve travma öyküsü yer almaktadır (3).

Genel olarak, bu bozuklukların hem anne hem de fetusu etkileme olasılığı daha yüksek olduğundan, öncelikle gebeliğe bağlı ağrı nedenleri değerlendirilmelidir. Gebelikte vajinal kanama ve hipertansiyon, abdominal ağrı ile ilgili ciddi belirtilerdir. Abdominal ağrıda gebelik ile ilişkili nedenlerin ayırıcı tanısında basit bir sistematik yaklaşım uygulanmalıdır. Hipotansiyon, şiddetli hemorajiye işaret eder. Vajinal kanamanın varlığında, hasta intraabdominal kan damarı veya vasküler organın rüptürü açısından değerlendirilmelidir (örneğin, perforé ülser, dalak rüptürü) (3).

Gebelikte birçok akut batın sebebi tanımlanmıştır. Bunlar gebelik ile ilişkisiz, gebelerde daha sık, sadece gebelikte ortaya çıkan patolojiler olarak sınıflanabilir (7).

Tablo 1. Gebelerde akut batına yol açabilecek patolojiler

Gebelik ile İlişkili Olmayan Durumlar	
GİS	Akut apandisit, akut pankreatit, peptik/duodenal ülser komplikasyonu, gastroenterit, hepatit, ileus, bağırsak perforasyonu, herniasyon, meckel divertikülü, toksik megakolon, dalak rüptürü, pankreas psödokisti
Genitoüriner sistem	Over kist rüptürü, adneks torsiyonu, üreter taşı, renal pelvis rüptürü, üreter obstrüksiyonu
Vasküler	Süperior mezenter sendromu/oklüzyonu,
Solunum	Pnömoni, pulmoner emboli
Diğer	İntraperitoneal kanama, travma, akut intermitten porfiri
Gebelikte Daha Sık Çıkan Durumlar	
	Akut pyelonefrit, akut sistit, akut yağlı karaciğer, rektus abdominaliste yırtılma, uterus torsiyonu
Gebelikteki Durumlar	
Erken gebelik dönemi	Ektopik gebelik rüptürü, septik abortus, retrovert uterusu sekonder idrar retansiyonu
Geç gebelik dönemi	Kırmızı myom dejenerasyonu, myom torsiyonu, plasenta dekolmanı, HELPP sendromu, spontan karaciğer rüptürü, spontan uterus rüptürü

2.1. Gebeliğin Fizyolojik Değişiklikleri

Gebelikte birçok organ sisteminde değişiklikler meydana gelir. Bu durum hastanın fizik muayene bulgularını değiştirebildiği gibi, meydana gelen bu değişiklik akut batın (örneğin: ileus) veya ayırıcı tanıda yer alan diğer patolojilerinde (örneğin peptik ülser aktivasyonu) sebebi olabilir.

Kardiyavasküler sistem; ventrikül duvarında kalınlaşma ve miyokard kontraktilitesinde artma meydana gelir (8, 9). Hastada gebelik ilerledikçe kalp hızında ve kalbin atım hacminde artış görülür. Kardiyak output'ta %43 oranında artış görülür. Progesteron vazodilatör bir ajan olup, gebeliğin ilk dönemlerinde kan basıncının düşmesine yol açar. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde vasküler direncin artması ve aldesteron artışı gibi endokrin değişikliklere bağlı olarak kan basıncında artış görülür. Gebeliğin son dönemlerinde pre-eklampsi ve eklampsi görülebilir. Bununla birlikte bazı yatkın bireylerde gebeliğin ilerleyen dönemlerinde de hipotansiyon devam edebilir (8, 9). Artan toplam vücut sıvısı, kan hacmi ve kapiller hidrostatik basınç kan basıncının artışına katkıda bulunabilir. Artan sıvı ve azalan üretime bağlı olarak görülen hipoalbuminemi ve uterin yapıların yol açtığı bası ödeme yol açabilir (8, 9).

Solunum sistemi; üst solunum mukozasında vaskülarite artışı ve ödem gelişmeye başlar. Akciğerlerdeki tidal volüm %30-50 oranında artış gösterir. Artan abdomen hacmi, diyaframın yukarı yönlü yer değiştirmesine yol açar ve bunun sonucunda fonksiyonel rezidüel kapasite ve toplam akciğer kapasitesi azalır (8, 9).

Üriner sistem; gebeliğin özellikle ilk dönemlerinde meydana gelen progesteron artışının üriner sistemde yol açtığı dilatasyon, üriner sistem enfeksiyon sıklığının artışına yol açar (8, 10). Artan aldesteron ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistem fonksiyonu renal kan akımının ve glomerüler filtrasyon hızının (GFH) %50 artışına yol açar (9).

Gastrointestinal sistem (GİS); gebelik sürecinin başında artış gösteren progesteron gastrik boşalma süresinin uzamasına ve bağırsak geçiş süresinde azalmaya yol açar (8). Bu hastalarda artan gastrik pH zayıf asitlerin iyonizasyonu sonucu meydana gelir (8). Gebeliğin ilk trimesterinde meydana gelen şiddetli bulantı kusmanın temel sebebi budur. Bazı olgularda bu bulantı kusma elektrolit imbalansına ve intestinal kanamalara yol açabilir (10). Değişen sindirim sistemi fizyolojisinin ilaç absorpsiyon

miktarının ve ilaç metabolizmasının değişmesine yol açtığından ilaçlara verilen yanıtların değişmesine yol açabilir (9). Batında büyüyen uterusun oluşturduğu kitle etkisi organların yer değiştirmesine yol açar (1, 2).

Hematolojik sistem; gebeliğe bağlı kompanzasyon mekanizmalarından biride, artan ihtiyacın karşılanması amacıyla lökosit ve eritrosit sayısındaki artıştır. Artan eritrosit sayına karşın, artan plazma hacminin fazla olması fizyolojik anemiye yol açar (8, 10). Gebelik süresince yüksek seviyelerde bulunan östrojen türevleri kolesterol, seruloplazmin, tiroid bağlayan globulin, kortizol bağlayan globulin, fibrinojen ve pek çok diğer pıhtılaşma proteinlerinin seviyelerinin yüksek seyretmesini sağlar(8, 10).

Endokrin sistem; östrojen ve progesteron düzeyleri yükselir (8, 10). Gebeliğin yol açtığı stres ve fizyolojik değişiklikler anabolizan hormonların artışına yol açar. Kortizol ve aldosteron gibi adrenal hormonlarda ve tiroid hormon miktarlarında artış meydana gelir. Bu durumun sonucunda metabolizma anabolik yönde ilerler (8, 10),

2.2. Klinik

Karın ağrısının başlangıcı, şiddeti, karakteri ve ek semptomlar sorgulanmalıdır (7). Tıbbi ve cerrahi öyküye ek olarak, gebe kadınlara geçmiş ve güncel obstetrik problemleri sorulmalıdır, çünkü gebelik komplikasyonları abdominal veya pelvik ağrı olarak ortaya çıkabilir. Bu durum preeklampsi, plasental obstrüksiyon veya hepatik kanama ile ilişkili olabilir. Önceki sezaryen doğum, uterus rüptürü ile ilişkili olabilmekte ve komplikasyonlar genellikle sonraki gebeliklerde tekrarlanmaktadır. Ayrıca gebede herhangi bir vajinal kanama veya sıvı sızıntısı olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Gebeliğin ilk yarısında görülen kanama, düşük veya ektopik gebelik ile ilişkili olabilmektedir. Plasenta dekolmanı, gebeliğin ikinci yarısında görülen abdominal veya pelvik ağrının yaygın nedeni olarak bilinmektedir. Ayrıca karın ağrısı sıklıkla vajinal kanama ve fetal membran rüptürü ile birlikte görülmektedir.

Akut batında görülen tipik bulgular gebeliğin değişik dönemlerinde farklılıklar gösterebilir. Karın duvarının gerginliği sebebiyle batın hassasiyeti, rebound pozitifliği ve spesifik nokta (McBurney vb.) pozitifliği olsa da, lokalizasyonu değişkenlik gösterebilir. Bununla birlikte gebeliğin ilerleyen dönemlerinde muayene edilemeyebilir. Normal şartlarda periton irritasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan rebound alınamayabilir. Vital parametreler değişkenlik gösterebilir (1, 2).

Gebeliğin ikinci trimesterinde yapılan uterus muayenesinde; kasılma sıklığı, tonu ve hassasiyet primer olarak değerlendirilmelidir. Uterus da normal olarak diğer gevşeyebilen kaslar gibi nontender ve yumuşaktır. Gebeliğin ikinci yarısında rijit veya hassas bir uterus; plasenta dekolmanı, intrauterin enfeksiyon, uterus rüptürü veya muhtemel doğum eyleminin göstergesidir. Servikal dilatasyon, efüzyon ve fetal membranların sağlam olup olmadığı değerlendirilmelidir. Obstetrik ve non-obstetrik bozukluklar, rahim kasılmalarına neden olabilmektedir ve bu da servikal problemlere yol açmaktadır. Membran rüptürü, genellikle doğumun başlamasına yol açar. Bu durum intrauterin enfeksiyon veya plasenta dekolmanı ile ilişkili olabilmektedir (11).

Karın ağrısı olan gebelerin tanısız değerlendirilmesine ek olarak, fetal kalp atım hızı da dikkate alınmalıdır. Gebeliğin 22.haftasından sonra, sürekli olarak fetal kalp atım hızı izlenmelidir. Anormal fetal kalp atım hızı, gebeliğe bağlı abdominal veya pelvik ağrının (örn: Plasental obstrüksiyon) doğrudan bir sonucu veya maternal uyumsuzluğun dolaylı bir sonucu olabilmektedir (örn. Hipotansiyon, enfeksiyon). Her iki durumda da, fetal distress gelişebilmektedir ve acil olarak müdahale gerekebilir (7).

2.3. Tanısal Testler

Gebelerde fizyolojik değişiklikler sebebiyle laboratuvar parametreleri değişkenlik gösterebilir, akut batın tanısında laboratuvar ve görüntüleme faydalanılmaktadır.

2.3.1. Laboratuvar

Gebelikte akut batına yönelik istenen tetkiklerin anlamlılıkları, gebe olmayan hastalara göre sınırlıdır. Laboratuvar testleri ayırıcı tanının konulabilmesine yardımcı olmaktadır. Genel olarak, karın ağrısı şikayetiyle başvuran gebelere aşağıda belirtilen testlerin yapılması önerilmektedir.

- ✓ Tam kan sayımı
- ✓ Beta İnsan Koryonik Gonadotropin (hCG)
- ✓ Tam idrar tahlili
- ✓ Karaciğer ve pankreatik fonksiyon testleri (aminotransferazlar, bilirubin, amilaz, lipaz)

Lökositoz; akut apandisit olgularında beyaz küre 15000/mm³'ün üzerine çıksada tanısallığı düşüktür. Polimorfonükler lökositler sıklıkla %80'den fazladır. Kolesistit ve pankreatitte beyaz küre artışı olsa da, anlamlı değildir. Akut batına yol açan patolojilerin ilerleyen dönemlerinde (örneğin adneksiyel torsiyonun, nekroza dönmesi) lökositoz görülebilir (12, 13).

Biyokimya sadece bazı durumlarda pozitifleşmektedir. Serum alkale fosfataz normal gebelerde yüksektir. Aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT) ve bilirubinler kolesistit ve pankreatit tanısında destekleyicidir. Pozitiflikleri pankreatitin taş kökenli olduğunu destekler. Serum amilaz düzeyi kolesistit olgularının üçte birinde geçici yüksektir. Pankreatit olgularında yüksek seyreder. Serum elektrolitlerinin değeri sınırlıdır. Aşırı kusmalarda elektrolit imbalansı gelişebileceği unutulmamalıdır (12, 13).

Hemodinamik instabilitesi olan kadınların, kan pıhtılaşma çalışmaları, çapraz tip eşleşme için gönderilmelidir. Elektrolitler ve böbrek fonksiyon testlerinin, kusma veya anorektik olan kadınlarda yararlı olduğu düşünülmektedir(14).Ateş ya da kararsız vital bulguların varlığında, kan ve idrar kültürlerine bakılmalıdır. Ayrıca bakılan bu kültürler şüpheli enfeksiyonun teyit edilmesi ve antibiyotik tedavisinin uyarlanması için yardımcı olmaktadır.

2.3.2. Görüntüleme

Tanı ve tedavide yaşanan gecikme maternal,fetal ve yenidoğan morbiditesini ve mortalitesini artırbileceğinden, tanı amaçlı görüntüleme en kısa zamanda, endike olduğu şekilde yapılmalıdır. Gebelerde abdomen ve pelvisin görüntülenmesinde genellikle görüntüleme seçeneği olarak ultrasonografi (USG) kullanılmaktadır. USGportatif, noniyonizeve tanısal performansının genellikle yeterli olduğu birinci basamak bir görüntüleme seçeneğidir (7).

USG ile gebeliğin ilk dönemlerinde akut apandisit tanısı konabilir. Safra kesesinde taş görülmesi akut kolesistiti destekler.

USG bulguları yetersiz olduğu zaman, düşünülen tanının mortalitesi ve fetal radyasyon maruziyeti dikkate alınarak seçenekler değerlendirilmelidir. USG'nin yetersiz olduğu durumda ilk olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

önerilmektedir. Üçüncü seçenek olarak bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme kullanılmaktadır. Ancak gebelerde iyonize edici radyasyondan kaçınıldığı için mümkün olduğunca bu görüntüleme seçeneğinden kaçınılmaktadır (15). MRG hızlıca erişilebilir durumda değilse tanı konulmasında gecikmemek için diğer seçenekler değerlendirilmelidir. Gadolinyumun plasentayı geçtiğini ve potansiyel zararlı fetal etkilere sahip olabileceğini unutmamak önemlidir. Bu nedenle, potansiyel faydaların potansiyel risklerden ağır basmadığı düşünülmedikçe gadolinyum kullanımı önerilmemektedir (16).

İyonize radyasyonun olası fetal etkilerine ilişkin kaygılar, klinik durum için en uygun yöntemi kullanarak gebelik sırasında tıbbi olarak belirtilen diagnostik prosedürlerin performansını engellememelidir. Tanıda gecikme, olumsuz bir maternal veya fetal sonuç riskini artırabilmektedir.

İyonize radyasyon kullanılması zorunlu durumlarda (örneğin, travma, bağırsak tıkanıklığı), radyologlar radyasyon dozunu en aza indirmek için kullanılabilecek çeşitli tekniklere aşina olmalıdır. Hemen hemen tüm tanısal radyolojik prosedürler, konjenital malformasyonlar, büyüme kısıtlaması veya gelişimsel gecikme için eşiğin üstünde olan maruziyetlerle ilişkilidir. Karsinogenez riskinde küçük bir artış olup olmadığı tartışmalıdır (17).

Karın ağrısı olan erişkinlerin değerlendirilmesinde göğüs ve abdominal radyografiler yaygın olarak kullanılmaktadır. Göğüs grafisinde tahmini fetal absorpsiyon <0.01 mGy (<0.001 rad)'dur. Bu doz, kısa veya uzun süreli olumsuz etkilerle ilişkili olan dozların çok altındadır. Abdominal radyografiler için tahmini fetal absorpsiyon 1 ile 4,2 mGy (0,1 ila 0,42 rad) arasındadır ve bu da kısa veya uzun süreli olumsuz etkilerle ilişkili dozların altındadır (17).

2.3.3. Tanısal Laparoskopi

Laparoskopi, akut karın ve pelvik ağrının değerlendirilmesinde, özellikle de daha az invaziv değerlendirmelerden sonra tanı net değilse ve ayırıcı tanıları potansiyel olarak yaşamı tehdit eden veya organı tehdit eden rahatsızlıkları içeriyorsa endikedir. Genellikle birinci veya ikinci trimesterde yapılmaktadır. Ancak zorunlu durumda,

üçüncü trimesterde bile teknik olarak uygulanabilmektedir. Retrospektif değerlendirme ve anket verilerine dayanarak, gebelikte abdominal ve pelvik ağrıyı değerlendirmek için uygulanan laparoskopi güvenli görünmektedir (7).

Ameliyat planlandığında; kadın doğum uzmanı, genel cerrahi uzmanı, anestezi uzmanı ve pediatri uzmanına danışılmalıdır. Ameliyat geçiren gebe kadınlarda, gebe olmayan kadınlarda kullanılan yaklaşımlardada değişiklikler yapılması gerekebilir.

2.4. Spesifik Tanılar

Gebelikte akut batın sıklığı; gebelik süresine veya ağrının lokalizasyonuna göre değişkenlik gösterebilir.

2.4.1. Gebelik Sürecine Göre Sınıflama

Gebeliğin İlk Yarısında Akut Batın Nedenleri

Ektopik gebelik; genellikle fallop tüplerinde olmakla beraber servikal kanalda veya sezaryen doğum izinde de görülebilmektedir. Ektopik gebelik nadiren de olsa intrauterin gebelikle eşzamanlı olarak ortaya çıkabilir. Bu heterotopik gebeliklerin teşhis edilmesi zor olabilir. Bu durum yardımcı üreme teknolojisi yani; İn Vitro Fertilizasyon [IVF] durumlarında sık görülmektedir (7).

Klinik belirtiler genellikle, ekstrauterin gebelik rüptürü veya kanama nedeniyle periton boşluğunda serbest kan ile ilişkilidir ve yerine bağlı olarak değişmektedir. Karın ağrısı, her türlü ekstrauterin gebeliğin yaygın bir semptomudur. Vajinal kanama, mide bulantısı ve kusma da görülebilmektedir. Hastalarda taşikardi, hipotansiyon, hipotermi ve beyaz hücre sayısında hafif bir yükselme ile kendini gösterebilmektedir.

Ektopik gebelik tanısı genellikle, ilk trimesterde hCG hormon testine ve yapılan USG incelemelerinden elde edilen sonuçlara dayanmaktadır. Ektopik gebelikler nadiren ikinci veya üçüncü trimestere ilerler. Bu gebelikler tipik olarak abdominal iç organlara yani uterus serosa, adneks, parametrium, karaciğer, dalak, bağırsak ve omentuma bağlanmaktadır (18).

Vajinal kanamalı veya vajinal kanaması olmayan alt karın ağrısı ile başvuran tüm gebe hastalar, bir rahim içi lokasyon önceden belgelenmemişse, gebeliğin yerini belirlemek için USG incelemesine tabi tutulmalıdır.

Roundligament rotasyonu; gebeliğin erken dönemlerinde, yuvarlak ligamentlerden birinin “gerilmesi” ile ilişkili tek taraflı hafif pelvik ağrı görülen, yaygın ve benign bir süreçtir. Ağrı sağ tarafta daha yaygındır ve iki taraflı olabilmektedir (7).

Abortus; gebeliğin 20. haftasından öncesinde bir gebeliğin kaybı olarak tanımlanmaktadır. Belirtiler ve semptomlar hafif ile orta dereceli olmakla beraber orta hat krampları ve orta dereceli vajinal kanamayı içermektedir. Spekulum ve pelvik muayeneler tanısal değerlendirmede ilk adımdır. Gebeliğe ait herhangi bir gebe kalma ürünü tespit edilmezse, USG ve seri kantitatif serum hCG hormon düzeylerine bakılmaktadır. Bu testler, başarısız bir gebelik taşıdığından şüphelenilen kadınların en yararlı takip testleridir. Yaşamayan bir gebeliğin sonografik bulguları gebelik yaşına göre değişmektedir (7).

Gebeliğin İkinci Yarısında Akut Batın Nedenleri

Plasenta dekolmanı; doğumdan önce plasantanın ayrılmasına yol açan desidual hemoraji klasik olarak vajinal kanama, abdominal veya sırt ağrısı, uterus hassasiyeti, uterus sertliği ve uterus kasılmaları ile ortaya çıkmaktadır. Fetal kalp hızı paterni anormal olabilmektedir. Eğer belirgin plasental ayrılma gelişirse, yaygın olarak yayılmış intravasküler koagülasyon veya fetal ölüm meydana gelmektedir. Retroplasental veya subkoryonik bir pıhtı, plasenta dekolmanının klasik USG bulgusudur, ancak her zaman mevcut değildir. Tanı klinik bulgulara dayanır ve doğum genellikle erken gerçekleşir (18).

Gebelikle ilişkili karaciğer hastalığı; Gebelikle ilişkili karaciğer hastalıkları epigastrik veya sağ üst kadranda karın ağrısına neden olmaktadır. Bu bozukluklar, şiddetli özelliklere sahip preeklampsi, HELLP sendromu ve gebeliğin akut yağlı karaciğeri ile örtüşen özelliklere sahiptir ve ayırt edilmesi zor olabilir (7).

Preeklampsi; daha önce normotansif bir kadında 20 haftalık gebeliğin ardından yeni hipertansiyon ve proteinüri başlangıcı ile karakterize bir sendromdur. Sağ üst kadranda veya epigastrik ağrı, karaciğer tutulumunun bir belirtisidir ve hastalığın şiddetli spektrumunu simgelemektedir. Ağrı, Glisson kapsülünün periportal veya subkapsüler kanamaya veya nadiren hepatik rüptüre bağlı olarak gerilmesine bağlı olabilir. Tanı karakteristik semptomlara, fizik muayene bulgularına ve laboratuvar sonuçlarına dayanmaktadır (19).

HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet) **sendromu**; hemolizli mikroadeniyopatik kan yayması, yüksek karaciğer enzimlerinin ve trombositopeninin varlığıdır. En sık görülen klinik tablo mide epigastriyumda, sağ üst kadranda veya sternumun altında karın ağrısı ve hassasiyettir. Preeklampside olduğu gibi, ağrı Glisson kapsülünün periportal veya subkapsüler kanamaya bağlı nadiren veya hepatik rüptür nedeniyle gerilmesine bağlı olabilir. HELLP sendromunu preeklampside ciddi özelliklerle ayırt etmek mümkün olmayabilir (7).

HELLP'li birçok kadında, özellikle serum aspartat aminotransferaz ve laktat dehidrojenaz belirgin şekilde yükselirse, spesifik olmayan viral hastalık veya viral hepatit ile karıştırılan bulantı, kusma ve halsizlik görülebilmektedir. Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140 / 90$ mmHg) ve proteinüri vakaların yaklaşık olarak % 85'inde görülmektedir. Ancak şiddetli HELLP sendromu olan kadınlarda, her ikisinin de bulunamayacağını hatırlamak önemlidir (7).

Akut karaciğer yağlanması; Gebeliğin ikinci yarısında genellikle üçüncü trimesterde akut karaciğer yağlanması görülebilmektedir. En sık görülen başlangıç semptomları bulantı ve kusmadır. Özellikle epigastrik bölgede %50 oranında karın ağrısı görülmektedir. Ayrıca anoreksiya ve sarılık da görülebilmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi, gebeliğin ikinci yarısında bulantı ve kusma anormal kabul edilmeli ve daha fazla değerlendirme yapılmalıdır. Hastaların yaklaşık yarısında, preeklampsi bulguları, hastalığın seyri esnasında görülmektedir (20).

Uterus rüptürü; gebelik için çok riskli bir durumdur. Görülebilecek semptomlar ise; anormal fetal kalp hızı, fetal ölüm, uterus hassasiyeti, abdominal ağrı, periton irritasyonu, vajinal kanama ve şoktur.

Daha önce sezaryen ile doğum yapmış ve karın ağrısı mevcut olan kadınlarda rüptür olasılığı her zaman düşünülmelidir. Uterus rüptürlerinin çoğu, daha önce sezaryen ile doğum yapan veya transmyometriyal rahim cerrahisi geçiren (örn. Myomektomi) kadınlarda görülmektedir (21).

Skarsız uteruslu kadınlarda doğum eylem olmaksızın spontan rüptür görülebilir; ancak genellikle keskin veya künt abdominal travmada düşünülmelidir. Spontan rüptür ayrıca kornual gebelik, rudimenter uterin hornda gebelik veya interstisyel gebelik ile de ilişkili olabilir (21).

Labor;abdominal ağrı,gebe kadınlarda labor ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Servikal dilatasyon,zamanla artan frekans, yoğunluk ve uterus kasılmaları süresi ile tanımlanan klinik bir tanıdır. Hafif vajinal kanama ve membran rüptürü varlığı, hafif servikal dilatasyon veya efüzyonlu kadınlarda tanısal kesinliği yüksektir (7).

İntra-amniyotik enfeksiyonbelirtileri ve semptomları; ateş, karın ağrısı, uterus hassasiyeti, lökositoz, maternal ve fetal taşikardi,uterus kasılmalarıdır. Sık olarak; doğum eylemi olan veya olmayan gebelerde fetal membranların erken yırtılmasından kaynaklı gelişebilmektedir (22).

Fetal pozisyon veya hareket;pelvik veya abdomen rahatsızlıklar,fetal pozisyonlar ve hareketleri ile ilişkili olabilmektedir. Makat prezentasyonu sağ üst kadran rahatsızlığına neden olabilmektedir (7).

Uterus inkarserasyonu; 14-16. gebelik haftasında, sıkışmış olan rahme bitişik anatomik yapıların basıncı ile ilgili semptomlar gösterebilmektedirler. En sık görülen semptomlar ise idrar çıkarmada zorlanma ve ağrıdır. Ağrı yaygın abdominal veya suprapubik bölgede görülebilmektedir. Ayrıca pelvikte dolgunluk hissi veya rahatsızlık görülebilmektedir. Üriner semptomlar arasında; sık idrara çıkma, dizüri, mesanenin tam boşalmaması, inkontinansa bağlı az hacimde işeme veya idrar retansiyonu bulunmaktadır (23).

Gebeliğin Tüm Dönemlerinde Akut Batın Nedenleri

Fibroid dejenerasyonu veya torsiyon; genellikle 5 cm'den büyük leiomyomlar bu kliniğe sebep olmaktadır. Hafif lökositoz, ateş, peritonal işaretler, bulantı ve kusma meydana gelse de, çoğu hasta sadece lokalize ağrı tarifler. USG incelemesinde fibroidler kolayca tanımlanır. Karın USG probu ile direkt olarak fibroid üzerine bastırmadan sonra ağrı, tanıyı destekler (24).

Ovaryan kist kanaması; bir yumurtalık kistin rüptürü veya kanaması, tek taraflı alt karın ağrısının ani başlangıcı ile ilişkili olabilmektedir. Ağrı sıklıkla egzersiz veya cinsel ilişki gibi yorucu fiziksel aktivite sırasında başlamaktadır. Kanama nadiren hemodinamik instabiliteye neden olacak derecede şiddetlidir.

Konstipasyon; gebelikte sık görülmekle beraber ciddi karın ağrısı oluşturmaktadır. Konstipasyon; GİS'teki değişen hormon düzeylerine, genişleyen uterusun mekanik etkilerine, fiziksel aktivitenin azalmasına, demir veya demir takviyeli vitaminlerin alınmasına ve diyetle değişikliklere bağlıdır (25).

Over torsiyonu; tipik olarak sıklıkla bulantı, kusma, düşük dereceli ateş velokositozun eşlik ettiği lateralize alt karın ağrısı ile ortaya çıkmaktadır. Gebelik dönemlerinin hepsinde görülebilmekle beraber genellikle ilk trimesterde sık görülmektedir (25).

Fallop tüpü torsiyonu; genellikle over torsiyonu ile karıştırılmaktadır. Torsiyon, fallop tüpünde görülmektedir. Genellikle mide bulantısı, kusma ve alt karın ağrısı görülmektedir. USG'de, pelviste kistik bir yapı tespit edilmektedir. Ancak genelde paratubal ve over kistini ayırtırmak zordur. Tanı çoğu zaman cerrahi ile konulur (7).

Uterus torsiyonu; nadir görülür, ancak tüm trimesterlerde ve aynı zamanda gebe olmayan kadınlarda tanımlanmıştır. Uterusun uzunlamasına eksenini etrafında 45 dereceden fazla rotasyon yapması olarak tanımlanmaktadır. Çoğu hastada fibroidler, Müllerian anomalileri, fetal malprestasyon, pelvik adezyonlar ve abdominal veya ligamentöz gevşeklik gibi potansiyel risk faktörleri mevcuttur (26).

Literatür incelemelerine göre, rotasyon çoğu durumda 180 derecedir, ancak 360 dereceye kadar çıkabilir ve uterus genellikle dekstrorotasyondadır. Klinik bulgular torsiyonun derecesine göre değişmekte; karın ağrısı, bulantı, kusma, bağırsak veya idrar şikayetleri, uterus hipertonusu, vajinal kanama, fetal bradikardi ve anne şoku bildirilmiştir. Önceden belirlenen plasental bölgede bir değişiklik (örn, Anterior dan posterior) fark edilirse veya ovaryan damarların alt uterin segmentin önünden geçtiği gözlenirse, USG doğumdan önce doğru tanıya yardımcı olabilir (27).

2.4.2. Abdomenin Lokalizasyonuna Göre Sınıflama

Üst Abdomen Lokalizasyonunda Ağrı

Bağırsak obstrüksiyonu; gebelik sırasında gelişebilecek bağırsak tıkanıklığı riski, ilerleyen gebelik ile uterusun üst karın bölgesine doğru genişlemesiyle doğru orantılı olarak artmaktadır. Adezyonlar ve volvulus, tıkanıklığın en yaygın

nedenleridir. İntususepsiyon daha az görülür ve fitik nadirdir. Üst karın ağrısı ile başvuran gastrik bypass öyküsü olan hastalar cerrahi servis tarafından derhal değerlendirilmelidir. Volvulus, gebe kadınlarda daha sık görülmektedir.

Bağırsak tıkanıklığının klinik belirtileri arasında kusma ve konstipasyon ile birlikte kolik vasıfta karın ağrısı yer almaktadır. Mide bulantısı ve kusma sık görülmektedir. Gebelikte yeni başlayan karın ağrısı veya peritonal bulgular normal değildir ve ileri değerlendirme gerektirir. Bulantı ve kusma ile uyumlu olmayan diğer potansiyel bulgular abdominal distansiyon, ateş ve lökositozdur (28).

Tanı ve tedavi gebe olmayan bireylerinki ile benzerdir. USG, düz ve dik radyografiler, zaman içinde tıkanıklık ve ilerleyen bağırsak genişlemesinin tipik bulgularını araştırmak için daha yararlıdır. MRG, bölgeyi ve obstrüksiyon derecesini karakterize etmede yardımcı olmaktadır. Acil müdahale gerekmektedir. Çünkü tedavide gecikme maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (7).

Perfore ülser; gebelikte nadir görülmektedir. Semptomlar genellikle bulantı, kusma ve epigastrik ağrıyı içermektedir. Ancak gastroözofageal reflü gebelikte sık görülmektedir. Bu durum regürjitasyon ve ağrı ile karakterize bir durumdur. Şiddetli ve yaygın karın ağrısının ani başlangıcı ile ortaya çıkan peptik ülser semptomları öyküsü olan hastalarda ülser perforasyonundan şüphelenilmelidir. Ağrı ve ilişkili semptomların özellikleri ve fiziksel bulgular (taşikardi, hipotermi, peritonal işaretler) perforasyondan sonraki ilk 12 saat içinde gelişmektedir.

Hızlı tanı önemlidir. Prognoz ilk 6 saat iyidir ancak tanı geç konulursa prognoz kötüleşmektedir. Tanı için gerekli testler hızlı bir şekilde uygulanmalıdır. Eğer görüntüleme gerekliyse, havayı tespit etmek için ilk olarak tipik olarak düz karın radyografileri çekilmektedir (7).

Visseral arter anevrizması;splenik arter anevrizması rüptürü nadirdir, ancak genellikle üçüncü trimesterde olmak üzere gebelik sırasında ortaya çıkabilir. Semptomlar ise; orta hat veya sol üst kadranda ortalanmış ve omuza yayılan ağrı, anoreksi, bulantı, kusma, senkop, diyare veya konstipasyondur (7).

Karaciğer rüptürü; gebe kadınlarda karaciğer rüptürü nadirdir ancak HELLP sendromu, travma veya preeklampsi ile ilişkili olarak görülebilmektedir. Rüptür şüphesi

varsa, USG değerlendirmesi yapılmalıdır (29). USG esnasında intra veya ekstra hepatik kanama tespit edilebilir. Ancak hepatik komplikasyonlar en iyi MRG veya BT ile karakterize edilmektedir.

Gastroözofageal reflü; gebelikte daha sık görölmektedir. En sık görölen semptomlar ise; mide ekşimesi, regurjitasyon ve disfajidir. Diğer semptomlar; göğüs ağrısı, taşikardi, globus hissi, odinofaji ve bulantıdır. Tahmini tanı klinik semptomlara dayanabilir. Değerlendirme ve tedavi için endikasyonlar tam olarak ele alınmalıdır (30).

Safra kesesi hastalığı; gebelik, safra taşı oluşumunda etkili olabilmektedir. Gebelik süresince görölebilecek olan safra taşı hastalığı gebelerin yaşam kalitesi için de büyük önem taşımaktadır. Etkilenen hastalar, tipik olarak bazen keskin, kolik, derin ve şiddetli olan ağrılarından şikayet ederler. Ağrı, sağ üst kadranda veya epigastriyumda lokalizedir. Safra kesesi rahatlariken, taşlar genellikle kistik kanaldan geri düşer. Sonuç olarak, ağrı birkaç saat içerisinde giderilebilmektedir.

Akut kolesistit, genellikle safra kesesi iltihabı ile ilişkili olan ve ateş, taşikardi, lökositoz görölen bir sağ üst kadranda ağrısı sendromuna karşılık gelmektedir. USG, safra taşı ve akut veya kronik kolesistit tanısını koymak için en güvenilir yöntemdir. Beyaz hücre sayımı ve alkalın fosfataz düzeyi normal olarak gebelikte yükselir, bu da bu testlerin tanısal yararını azaltmaktadır. Bununla birlikte, transaminazlar ve alkalın fosfataz veya doğrudan bilirubinin belirgin yükselmeleri; safra kanalı taşı, kolanjit veya Mirizzi sendromu olasılığını arttırmaktadır (31).

Pnömoni; akciğerin alt loblarını tutan pnömoni, diyafragmatik irritasyona bağlı abdominal ağrı sendromlarının yaygın bir nedenidir. Akut kolesistit veya nadiren akut abdomen ağrı ile karıştırılabilir. Abdominal ağrı, alt lob pnömonisi olan bir hastada nadir görölen bir şikayettir (17). Pnömoninin yaygın semptomları arasında öksürük, ateş, plöretik göğüs ağrısı, nefes darlığı ve balgam üretimi yer almaktadır.

Akut hepatit; gebelik genellikle hepatit A, B veya C'nin seyrini etkilemezken, üçüncü trimesterde hepatit E olan kadınlar ciddi klinik hastalığa yatkındır. Sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü ve Adenovirüsler de sistemik enfeksiyonla ilişkili olarak hepatitlere neden olabilmektedir. Hepatitin ana belirtileri anoreksiya, bulantı, sarılık ve sağ üst kadranda ağrısını içermektedir. Tanı, karakteristik laboratuvar bulgularına dayanmaktadır (7).

Pankreatik hastalık; akut pankreatit gebeliğin nadir bir komplikasyonudur. Çoğu vaka aslında safra taşı hastalığı ile ilişkilidir. Hemen hemen tüm hastalar, arkaya yayılan, geriye doğru yaslanarak rahatlayan akut ve persistan üst karın ağrısına sahiptir; ayrıca ateş, postprandiyal mide bulantısı ve kusma da görülebilmektedir (32). Normal serum amilaz ve lipaz seviyeleri, sağlıklı gebe ve gebe olmayan kadınlarda benzerdir; anlamlı derecede yüksek değerler patolojik olarak kabul edilmelidir. USG, koledokolitiazis ve psödokist formasyonunu aramak için kullanılabilir.

Adrenal hemoraji; gebelikte adrenal kanama nadir görülmektedir. Spesifik olmamakla beraber görülebilecek semptomlar, abdominal ağrı ve hipotansiyondur. Tanı için yüksek bir şüphe indeksi gerekmekte ve spesifik görüntüleme yöntemi MRG kullanılmaktadır (7).

Hiatal herni; en sık görülen semptomları epigastrik veya substernal ağrı, postprandiyal doluluk, substernal doluluk, mide bulantısı ve öğürme şeklindedir. Fıtık inkarsere olursa ağrı şiddetli olabilir. Tanı genellikle akciğer grafisinde, karakteristik klinik semptomlar ve bulgular temelinde konulmaktadır.

Alt Abdomen Lokalizasyonunda Ağrı

Akut Apandisit; gebelik sırasında akut cerrahi gerektiren ve en sık görülen hastalıktır. Apandisit en sık görülen semptomu olan sağ alt kadranda ağrı, McBurney noktasında görülmektedir. Sağ alt kadranda ağrıya ek olarak; sağ alt kadranda hassasiyeti, bulantı, kusma, ateş ve lökositoz görülebilmektedir. Görülebilecek klinik bulgular özellikle gebe bireylerde dikkate alınmalıdır. Yapılan araştırmalara göre, akut apandisit gebeliğin son döneminde görülme insidansı, gebe olmayan bireylerde görülme insidansından daha düşüktür. Apendiksin yeri genişleyen uterus ile birkaç santimetre yer değiştirebilmektedir. Bu nedenle üçüncü trimesterde, ağrı karın ortasına veya hatta sağ üst tarafa lokalize olabilir ve bu noktada hassasiyet, gebe olmayan kadınlara göre daha az belirgin olabilir (33).

Kademeli kompresyon USG'si birinci basamak görüntüleme modalitesidir. Görüntülemenin temel amacı, tanı belirsizliği nedeniyle cerrahi girişimdeki gecikmeleri azaltmaktır. İkincil amaç negatif appendektomi oranını azaltmak veya ortadan kaldırmaktır.

Nefrolitiazis; gebelerde genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde görülmektedir. Sıklıkla kasık veya alt karına yayılan akut yan ağrısı mevcuttur. Hematüri % 75 ile %95'inde mevcut olup, bunların %30'u hemoraji, % 40'ı da piyüri içerir. Eğer eşlik eden pyelonefrit varsa ateş de görülebilmektedir. Tanısal USG uygulandığında, gebeliğin fizyolojik hidronefrozu ile tıkanıklıktan kaynaklanan patolojik hidronefroza ayırt edilmelidir. Transabdominal USG'nin tanımlayıcı olmadığı ve distal üreter taşlarının saptanması durumunda kadınlara transvajinal USG yapılmalıdır. Gerekğinde MRG veya BT çekilmelidir (7).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı; ağrısının, kramp şeklinde ve bağırsak hareketlerindeki değişikliklerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Ağrı hafif yada şiddetli olabilmekte ve diğer bağırsak semptomlarıyla pozitif korelasyon gösterebilmektedir. Şiddetli hastalıklarda ateş ve kilo kaybına yol açabilmektedir (34). İlk tanı, gebelikte komplike olmakta ve uyumlu klinik öyküsü olan bir hastada endoskopik bulgulara veya görüntüleme çalışmalarına dayanmaktadır.

Divertikülit; gebe olan kadınlarda nadir görülmektedir. Ancak literatürde birkaç olguya rastlanmıştır. Rastlanan bu olguların Meckel Divertikülü olduğu tespit edilmiştir (7).

Diffüz Karın Ağrısı Veya Değişken Yerlerde Görülen Ağrı

Travma; yaklaşık olarak 12 gebelikten 1'inde komplike olduğu tahmin edilmekte, maternal veya fetal ölümlere yol açabildiği bilinmektedir. Gebe olan travma hastasının ilk değerlendirmesinde, maternal kardiyopulmoner stabilitenin kurulmasına odaklanılmalıdır. Annenin hayatını kurtarmak veya onun kritik durumunu tedavi etmek için gerekli herhangi bir tedavi, gebeliğine bakılmaksızın, gerekli görüldüğü herhangi bir diyagnostik görüntüleme dahil olmak üzere, uygulanmalıdır(35).

Spontan hemoperiton; gebelikte de nadir görülen ancak hayatı tehdit eden bir rahatsızlıktır. Son yirmi yılda tüm dünyada 50'ye yakın olgu bildirilmiştir. Hastalar, genellikle hipovolemik şok veya anormal fetal kalp hızı ile, gebeliğin ikinci yarısında ani başlayan karın ağrısı ile başvurmuştur. Eğer uygulanabilirse abdominal USG veya MRG ile görüntüleme yapılmalıdır. Zamanında yapılan teşhis ve tedavi gebeliklerin

yaklaşık olarak %50'sinin sağlıklı ilerlemesini sağlamaktadır. Ancak geç fark edilirse veya gerekli müdahale yapılmazsa anne yada fetus ölümü görülebilmektedir (7, 36).

Anevrizma; yapılan çalışmalara göre; bazı gebelerde arteriyel anevrizmaların diseksiyon ve rüptürünün varlığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu durumun gebeliğin fizyolojik ve hemodinamik değişiklikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Marfan sendromu, Ehlers Danlos sendromu veya Turner sendromu olan kadınlar özellikle risk altındadır. Hastalarda ani başlangıçlı karın ağrısı, serbest periton sıvısı ve ani hemodinamik kollaps görülebilmektedir (37).

Mezenterik venöz tromboz; bağırsak ödeme neden olabilmekte ve eğer arteriyel akım da azalırsa bağırsak enfarktüsü gelişebilmektedir. Klinik prezentasyona, bulantı, kusma ve abdominal distansiyon eşlik etmekte, zayıf ve lokalize karın ağrısı görülebilmektedir (7).

Akut gastroenterit (AGE); iki haftadan az süren ve bulantı, kusma, ateş veya karın ağrısı ile seyreden hızlı başlangıçlı diyare hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Maternal enterovirüs enfeksiyonu ile ilişkili olarak plasenta dekolmanını düşündüren şiddetli karın ağrısı görülebilmektedir. Diğer AGE türleri ve mezenterik lenfadenit de akut batına neden olabilmektedir.

Orak hücre krizi; orak hücre hastalığı olan kadınların gebeliklerinde anemi, akut ağrılı ataklar veya vazooklüziv kriz sık görülebilmektedir. Gebelikle ilişkili en yaygın maternal komplikasyonlar gebe kadınların %50'sinden fazlasında görülmektedir. Vazooklüziv krizinin diğer akut karın nedenlerinden ayırt edilmesi zor olabilir ve karaciğer tutulumunda sağ üst kadranda belirtileri yaygındır. Atakların yaklaşık % 50'sinde ateş, şişlik, hassasiyet, takipne, hipertansiyon, bulantı ve kusma gibi objektif klinik belirtiler görülmektedir (7).

Hereditör anjiyoödem; hereditör anjiyoödemli kadınların, yaklaşık olarak üçte birinin gebeliklerinde semptomların alevlenmesiyle karşılaşmaktadır. Hastalık klinik olarak en sık deriyi, üst hava yolunu veya bağırsağı etkileyen anjiyoödem atakları ile karakterizedir. Bağırsak ödemi çeşitli derecelerde gastrointestinal kolik, bulantı, kusma veya diyare olarak kendini göstermektedir. Ürtiker ve pruritus mevcut değildir (7). USG bu hastaların GİS ataklarının değerlendirilmesinde yararlıdır. En sık görülen erken bulgu bağırsak duvarı ödemidir ve bu hızlı bir şekilde müdahale edilmelidir.

İliopsoas apsesi; psoas kasının apsesi, gebelik veya doğum sonrası karın ağrısının nadir bir nedenidir ve sadece vaka raporlarında tanımlanmıştır . Hastalar genellikle sırt ağrısı, uyluk fleksiyon zorluğu (ileopsoas testi), kilo kaybı ve halsizlik gibi belirsiz bulgularla başvurmaktadır. Tanı intravenöz ilaç kullanımı öyküsü olan bir hastada yüksek klinik şüphe gerektirmektedir. Fizik muayene bulguları ateş, kostovertebral açı hassasiyeti, alt sırt hassasiyeti veya kasıkta bir kitleyi içerebilmektedir. BT veya MRG, tanı ve tedaviye yardımcı olabilmektedir (38).

Kutanöz sinir sıkışması; anterior kutanöz sinir sıkışması sendromu tipik olarak kronik karın duvarı ağrısına neden olmaktadır. Fizik muayenede, hasta bir parmak ile maksimum hassasiyet duyabilmektedir.

Abdominal duvar hernisi ; ağrı, şişkinlik veya her ikisi ile ortaya çıkabilmektedir. Ağrı şiddetli ise, bağırsak tıkanıklığı düşünülmelidir. Bu fıtıklar, önceden geçirilmiş bir ameliyat sonucu veya kendiliğinden gelişebilmektedir.

İdrar yolları spontan rüptürü; gebelikte idrar yollarının spontan rüptürü literatürde mevcuttur. Klinik prezentasyon, üreter kolik veya piyelonefrit ile benzerdir. Özellikle sağ yanda görülen ani başlangıçlı yan ağrısı, alt karın veya kasıkta ağrı görülebilmektedir. Şiddetli olgularda, renal parankimal tutulum varsa, retroperitoneal hematoma veya ürinoma nedeniyle akut bir karın mevcuttur. Eğer klinik şüphe kuvvetliyse kontrastlı BT çekilmelidir (7).

2.5. Ayırıcı Tanı

Bireylerde görülen akut batın vakaları çeşitli fizyolojik değişikliklerle kendilerini göstermektedirler. Ancak gebelerde tanıyı koymak zorlaşmaktadır. Çünkü akut batında görülen pelvik bölgesindeki değişiklikler gebelik bulgularıyla karıştırılabilmektedir. Tanı koymayı etkileyen durumlar aşağıda belirtilmektedir.

- ✓ Gebeliğin erken döneminde, round ligamanın gerilmesi, hafif ağrı ile ilişkili olabilen normal benign bir süreçtir. Gebeliğin ikinci yarısında, özellikle üçüncü trimesterde görülen, abdominal veya pelvik bölgesindeki kasılma, normal fetal pozisyon veya hareketi, normal aralıklı uterus kasılmaları veya uterus genişlemesi ile ilişkili olabilmektedir. Ancak; bulantı, kusma, vajinal kanama,

baş ağrısı ve ateş gibi gebelik semptomlarının yanı sıra üst batında görülen ağrı hastalık sürecine işaret etmektedir. Gebelikte görülebilecek peritonal bulguların varlığı normal kabul edilmemelidir. Bu gebelerde hızlı bir şekilde maternal-fetal değerlendirme yapılmalıdır (3).

- ✓ Gebeliğin genellikle 20. Haftasında görülen bulantı ve kusmaya ek olarak rastlanan abdominal-pelvik ağrı, ateş, ishal, baş ağrısı veya fiziksel muayenede tespit edilen lokalize abdominal-pelvik bulgular gebeliğin olağan süreci içerisinde değerlendirilmemelidir. Gebeliğin özellikle ikinci yarısında görülen bulantı ve kusma anormal kabul edilmeli ve araştırılmalıdır (3).
- ✓ Uterus, gebeliğin 12. Haftasında pelvisin dışına uzanan abdominal bir organ gibi görülmektedir. Bu durum, pelvik ve abdominal organların normal lokalizasyonunu etkileyebildiğinden fizik muayeneyi zorlaştırmaktadır. Doğru şekilde yapılamayan fizik muayenede peritonal işaretler tespit edilemeyebilir. Peritonal işaretlerin maskelenmesi veya tespitinin gecikmesi ağrının lokalize edilmesini zorlaştırmaktadır (3). Gebelikte abdominal duvarın normal düzeyde gevşemesi de peritonal işaretleri azaltabilmektedir.
- ✓ Büyümüş uterus idrar yollarını sıkıştırarak hidroüretre ve hidronefroze neden olabilmektedir. Bu durum nefrotiliasis gibi düşünülebilmektedir (4).
- ✓ Genişlemiş uterus aortokaval kompresyona neden olabilmektedir ve bu da gebe sırtüstü pozisyondayken sersemlik veya senkop ile sonuçlanabilmektedir. Bu fizyolojik değişim, pozisyonadaki değişiklik ile düzelebilmektedir. Ancak semptomlar, akut hastalık sürecinden (örneğin, rüptüre karaciğer veya dalak) iç kanamaya atfedebilmektedir (7).
- ✓ Gebelik sırasındaki yüksek maternal progesteron konsantrasyonu, özefagus sfinkter tonusu, ince bağırsak ve kolonik motiliteyi, safra kesesi boşalmasını ve üreteral tonusu azaltabilmektedir (7). Bu fizyolojik değişiklikler, abdominal ağrı ile ilişkili olabilen gastroözofageal reflü, konstipasyon, kolelitiazis ve nefrolitiazis gibi hastalıkların patogenezinde ve teşhisinde önemlidir.
- ✓ Hematolojik parametrelerdeki fizyolojik değişiklikler enfeksiyon ve gizli kanamaları taklit ederek bu rahatsızlıkların tanısını zorlaştırabilmektedir (7).

2.6.Prognoz

Gebelerde görülen akut batın hastalıklarının prognozları hastalığın türüne göre değişmektedir. Bazı hastalıkların prognozları kötü iken diğerlerinin prognozları çok da kötü değildir. Gebelik döneminde uygun tedavi uygulanması ve yaşam kalitesinin üst seviyeye çıkarılması prognozu iyi yönde etkileyebilmektedir. Ancak tanının geç konulması prognozu kötü yönde etkilemektedir (7).



3. MATERYAL VE METOT

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerel etik kurul onayı sonrası, 15.10.2017-15.10.2018 tarihleri arasında, acil serviste gözlemsel prospektif olarak gerçekleştirildi (**Ek 1.** Yerel Etik Kurul No: E-18-2231). Çalışmaya dahil edilen tüm olgulardan gönüllü onam formu alındı.

Acil servise karın ağrısı sebebiyle başvuran, fizik muayene ile akut batın ön tanısı konan, travma öyküsü ve sepsis ön tanısı olmayan, 18 yaş ve üstü gebe hastalar çalışmaya dahil edildi. Hospitalize edilen hastalar cerrahi gereksinimi var kabul edildi ve cerrahi batın olarak değerlendirildi. Karın ağrısı olmayan, 18 yaş ve üstü sağlıklı gönüllü gebeler ise kontrol grubunu oluşturdu.

Çalışmanın gücü için yapılan analizde, her grup için asgari 35 olgu alınması koşulu ile z test raporunda “actual power = 0.9548023” tespit edildi. Gönüllü onam formu imzalamayan veya çalışmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler ile travma ve karın ağrısı dışında nedenlerle acil servise başvurmuş gebeler çalışmadan dışlandı.

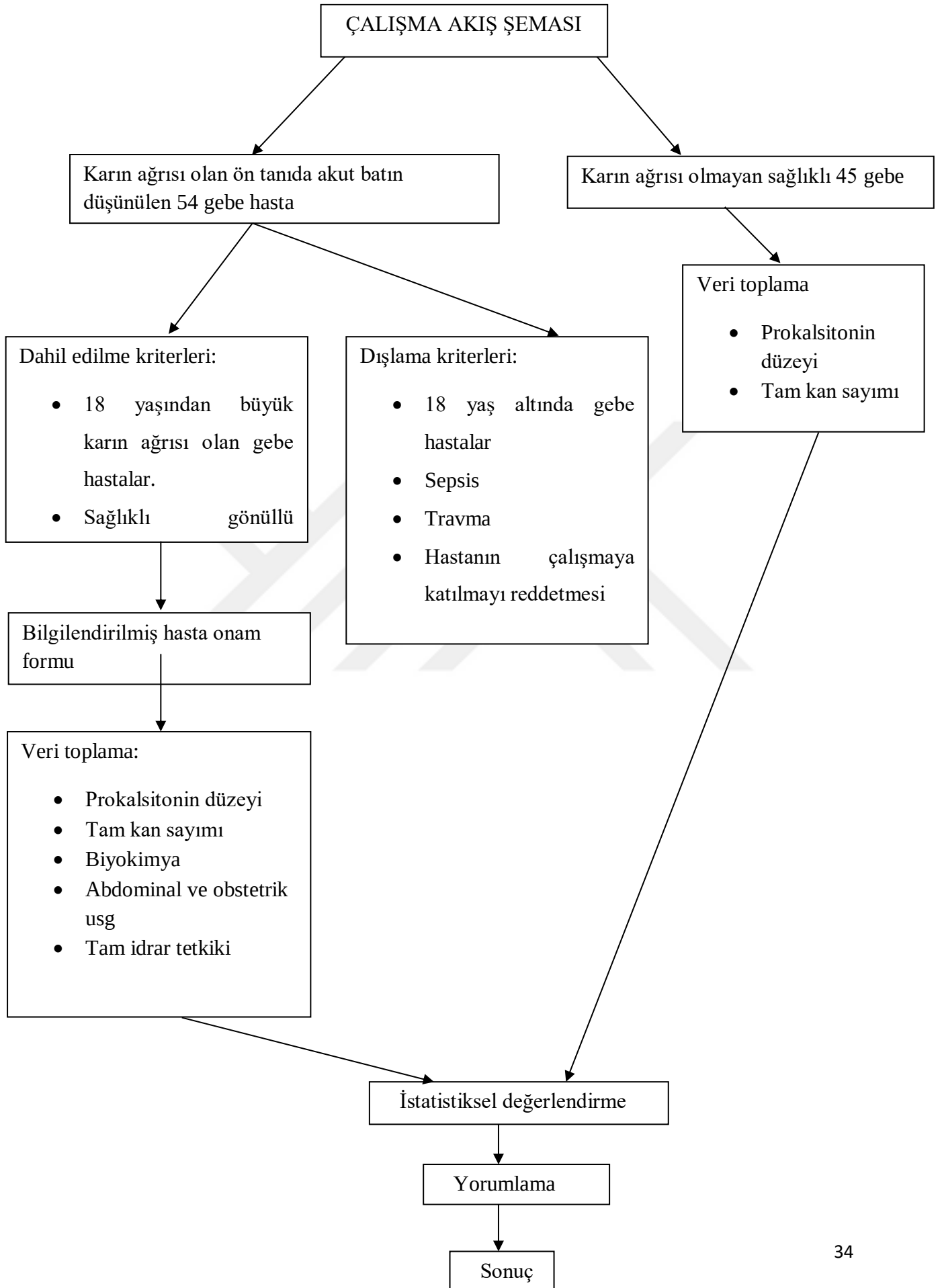
Karın ağrısı ile başvuran gebelerde akut batın tanımı; son 1 hafta içinde başlayan abdominal ağrı, hassasiyet, rijidite ile ani olarak ortaya çıkan ve acil cerrahi girişimin zorunlu olabileceği karın içi olaylar olarak tanımlanan klinik bir durumdur.

Karın ağrısı ile başvuran hastaların öykü ve fizik muayene özellikleri (ağrının süresi, ağrının şiddeti, eşlik eden bulantı, kusma varlığı vb.), yaş, hemogram (WBC, nötrofil sayı/oran, hemoglobin, platelet (Sysmex Xn-1000 kit ile çalışıldı)) biyokimya [AST, ALT, gama-glutamil transferaz (GGT), direk bilirubin (Roche Cobas c501 kiti ile çalışıldı; ALT,AST 40U/L üzeri anlamlı pozitif,GGT 60U/L üzeri anlamlı pozitif kabul edildi)], prokalsitonin, TİT(eritrosit + lökosit + sonuçlar anlamlı pozitif kabul edildi) sonuçları değerlendirildi. Fizik muayene ve USG sonuçları ile hospitalize edilen hastalar cerrahi gereksinimi olan hasta kabul edildi.

Veriler Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS, IBM-Illinoi, USA) for Windows Ver. 23.0 programı ile analiz edildi. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Verilerimizin hiçbirisi normal dağılım göstermiyordu. Bunun nedeninin vaka sayısının az olması olduğu düşünüldü. Veriler normal

dağılmadığından non-parametrik testler kullanıldı. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortanca (minimum-maksimum); kategorik değişkenler sayı ve yüzdelere ile ifade edildi. İkili grup karşılaştırmalarında vaka sayısı az olduğundan Mann Whitney-U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-Kare testi kullanıldı. WBC ve nötrofil düzeylerinin akut batın tanısındaki değerine ROC analizi ile bakıldı ve Box-Blot grafikleri ile görsel olarak gösterildi. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

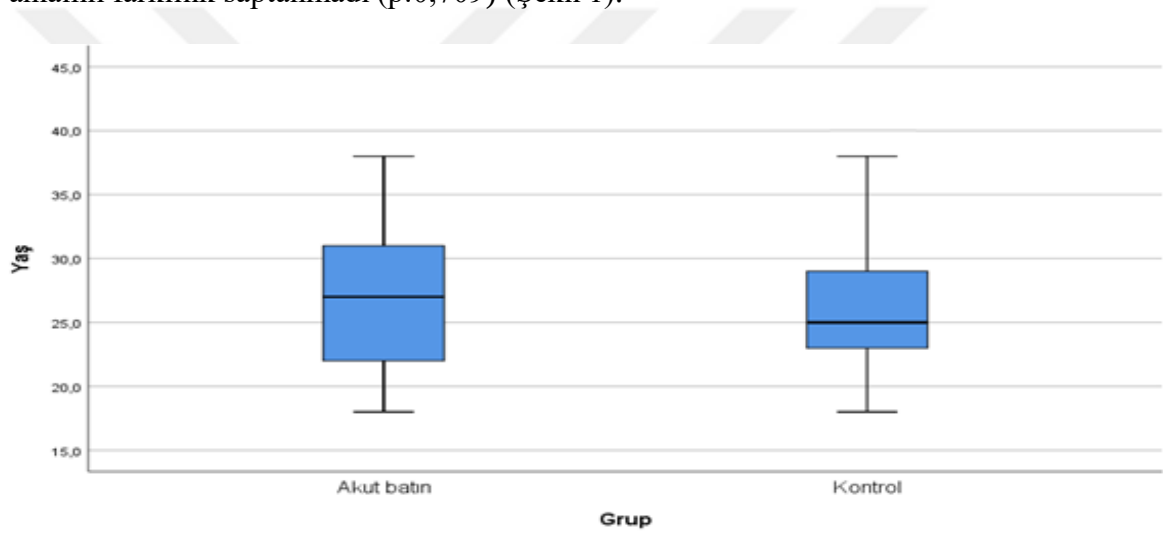




4. BULGULAR

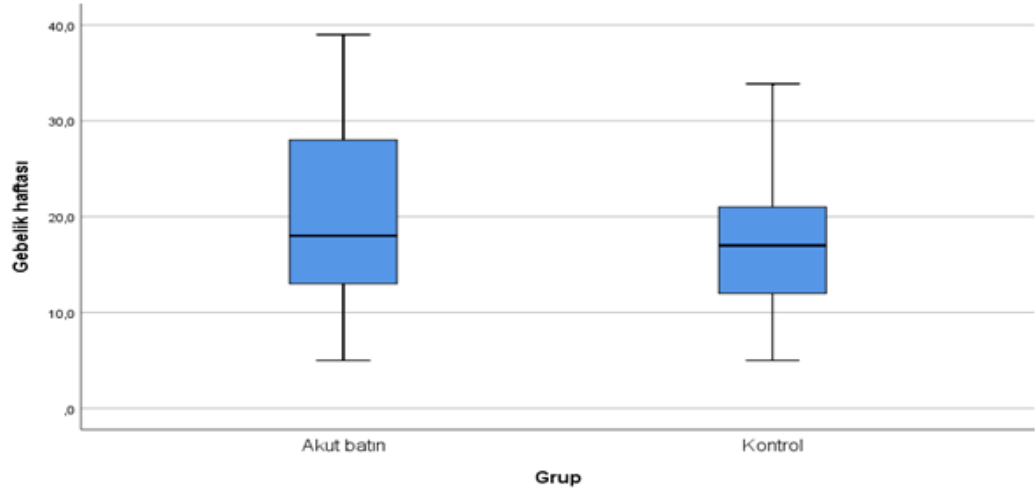
Çalışmamıza hastanemiz acil servisine 15.10.2017-15.10.2018 tarihleri arasında karın ağrısı ile başvuran, fizik muayene ile akut batın ön tanısı olan, 18 yaş ve üstü travma öyküsü olmayan, sepsis ön tanısı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebe hastalar hasta grubu (n:54); karın ağrısı olmayan 18 yaş ve üstü, sağlıklı gebe hastalar (n:45) ise kontrol grubu olarak alındı.

Çalışmamızda hastaların yaş ortancası 26 (Min:18-Maks:44) yılı. Akut batın sebebiyle takip edilen hastaların yaş ortancası 27 (Min:18- Maks:38) yıl ve kontrol grubunun yaş ortancası ise 25 (Min:18-Maks:44) yılı. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,709) (Şekil 1).



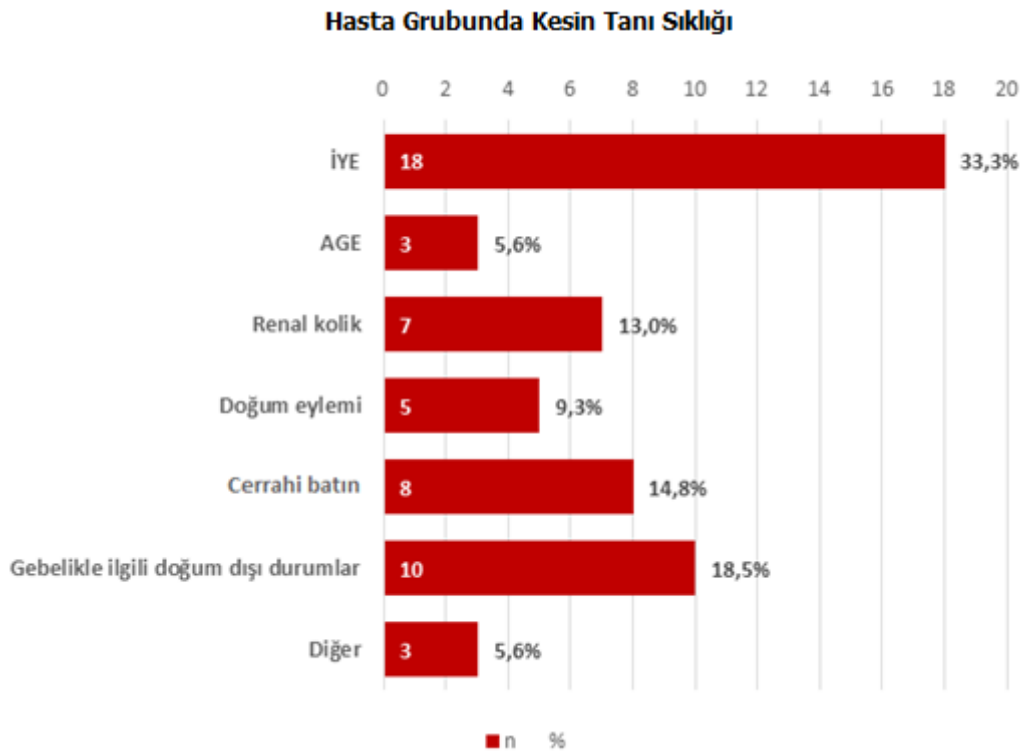
Şekil 1. Grupların yaş karşılaştırması

Çalışmamızda hastaların gebelik haftası 17 (Min:5-Maks:39) haftaydı. Akut batın sebebiyle takip edilen hastaların gebelik haftası 18 (Min:5- Maks:39) hafta ve kontrol grubunun gebelik haftası ise 17 (Min:5-Maks:39) hafta olarak belirlendi. Gruplar arasında gebelik haftası açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,385) (Şekil2).



Şekil 2. Gruplar gebelik haftası karşılaştırması

Hastaların 18'inde (%33,3) İYE, 3'ünde AGE, 7'sinde (%13) renal kolik, 5'inde (%9,3) doğum eylemi, 8'inde (%14,8) cerrahi akut batın, 10'nunda (%18,5) gebelik ilgili doğum dışı durumlar ve 3'ünde (%5,6) diğer nedenler saptandı(Şekil 3).



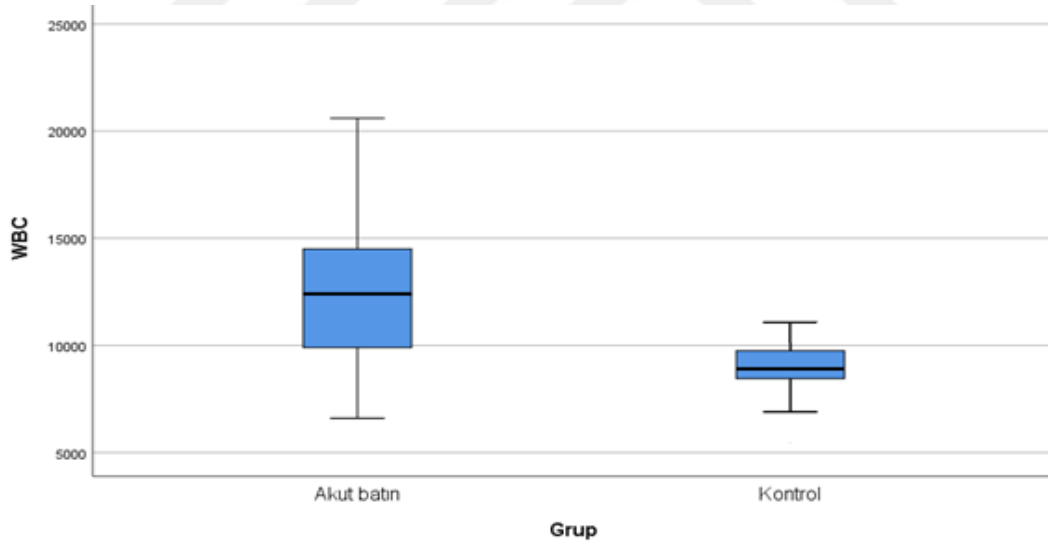
Şekil 3. Hastaların tanıları

Akut batın kliniği izlenen hastaların 1'inde (%1,9) ve kontrol grubunun birinde 1 (%2,2) prokalsitonin pozitif saptandı. Gruplar arasında prokalsitonin açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,896) (Tablo 2)

Tablo 2. Grupların prokalsitonin pozitifliklerinin karşılaştırması

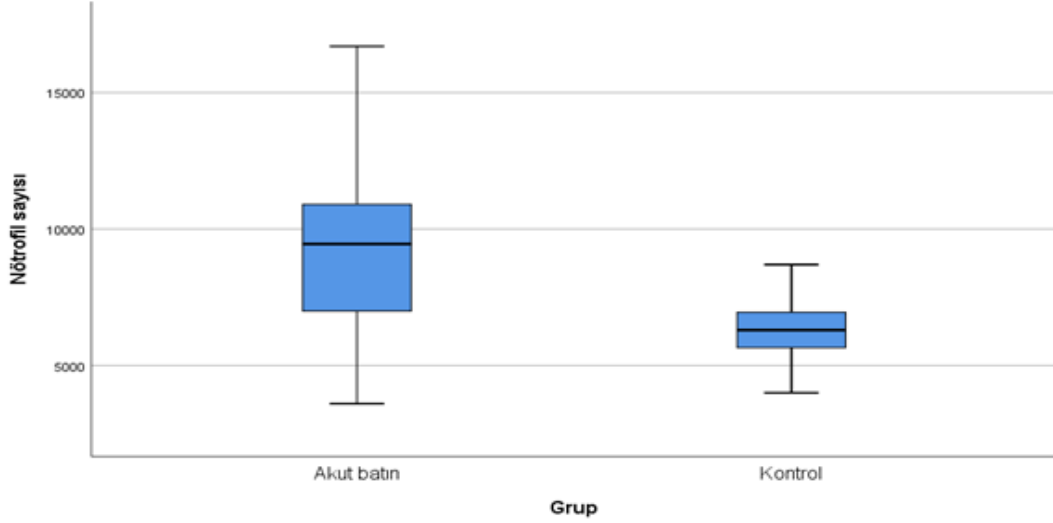
		Grup		P
		Akut batın	Kontrol	
		n(%)	n(%)	
Prokalsitonin	Pozitif	1 (%1,9)	1 (%2,2)	0,896
	Negatif	53 (%98,1)	44 (97,8)	

Akut batın kliniği izlenen hastaların WBC ortancası 12400 (Min:6600-Maks:20600) mm³ ve kontrol grubunun WBC ortancası 8900 (Min:5700-Maks:14300) mm³ saptandı. Akut batın sebebiyle izlenen olguların WBC değeri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,001) (Şekil 4).



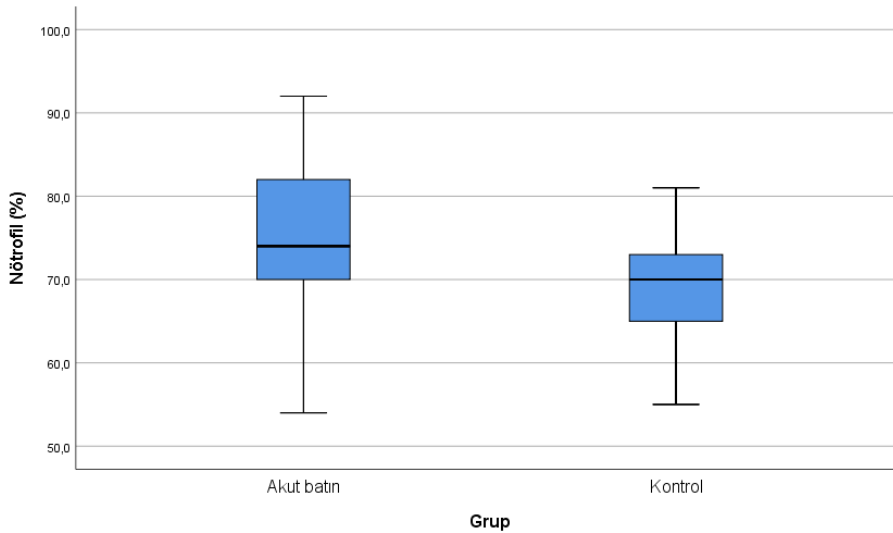
Şekil 4. Grupların WBC düzeylerinin karşılaştırması

Akut batın kliniği izlenen hastaların nötrofil sayısı ortancası 9450 (Min:3600-Maks:16700) mm^3 ve kontrol grubunun nötrofil sayısı ortancası 6300 (Min:3200-Maks:11700) mm^3 saptandı. Akut batın sebebiyle izlenen olguların nötrofil sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,001$) (Şekil 5).



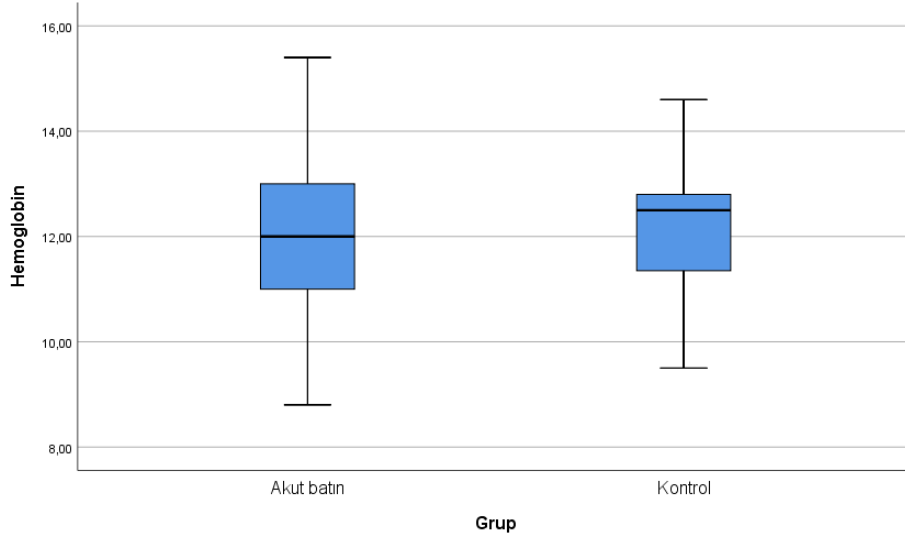
Şekil 5. Grupların nötrofil sayısının karşılaştırması

Akut batın kliniği izlenen hastaların nötrofil yüzdesi ortancası %74 (Min:54-Maks:92) ve kontrol grubunun nötrofil yüzdesi %70 (Min:55-Maks:81) saptandı. Akut batın sebebiyle izlenen olguların nötrofil yüzdesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p:0,003$) (Şekil 6).



Şekil 6. Grupların nötrofil yüzdesinin karşılaştırması

Akut batın kliniği izlenen hastaların hemoglobin ortancası 12 (Min:8,8-Maks:15,4) gr/dl ve kontrol grubunun hemoglobin ortancası 12,5 (Min:9,5-Maks:14,6) gr/dl saptandı. Gruplar arasında hemoglobin değerleri açısından farklılık saptanmadı (p:0,667) (Şekil 7).



Şekil 7. Grupların hemoglobin düzeylerinin karşılaştırması

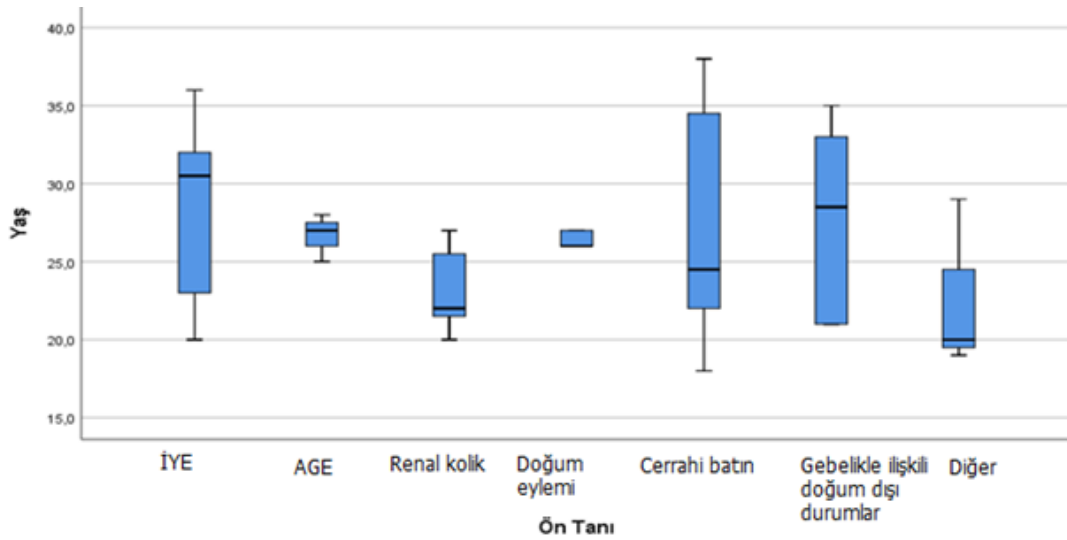
Çalışmamızda olguların 44'ünde (%91,7) TİT'te patoloji saptandı. Olguların 13'ünde (%27,1) lökosit esteraz eser veya tek pozitif, 10'nunda (%20,8) lökosit esteraz iki pozitif ve 8'inde (%16,7) lökosit esteraz üç pozitif. Olguların 4'ünde (%8,3) eritrosit iki pozitif ve 1'inde (%2,1) lökosit esteraz üç pozitif. Olguların 2'sinde (%4,2) bakteri eser veya tek pozitif, 3'ünde (%26,3) bakteri iki pozitif ve 1'inde (%2,1) bakteri üç pozitif. Olguların 3'ünde (%6,3) keton eser veya tek pozitif, 4'ünde (%8,3) keton iki pozitif ve 4'ünde (%8,3) keton üç pozitif (Tablo 3).

Tablo 3. Akut batın grubundaki hastaların TİT sonuçları

	n(%)
TİT patolojik bulgu	44 (%91,7)
Lökosit esteraz	
Eser/+	13 (%27,1)
++	10 (%20,8)
+++	8 (%16,7)
Eritrosit	

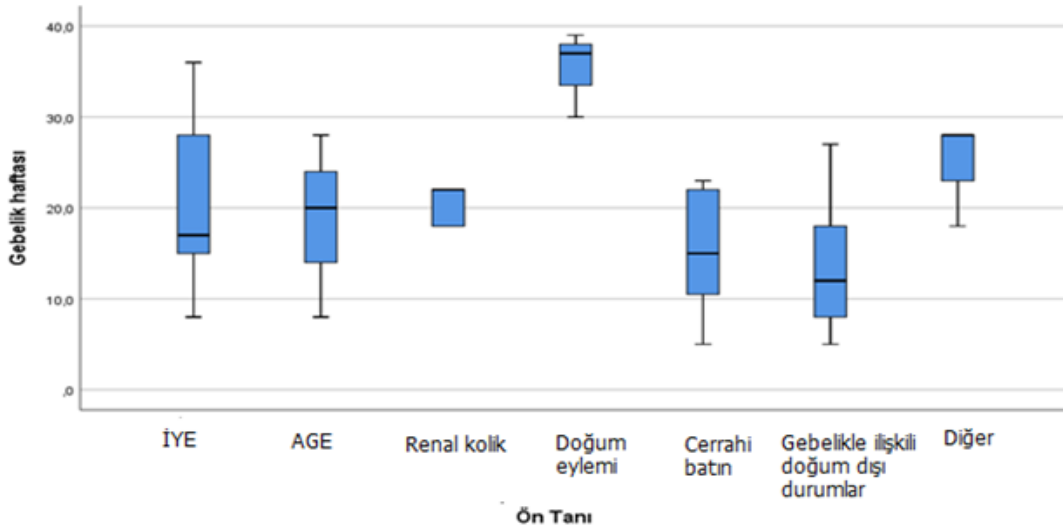
Eser/+	-
++	4 (%8,3)
+++	1 (%2,1)
Bakteri	
Eser/+	2 (%4,2)
++	3 (%6,3)
+++	1 (%2,1)
Keton	
Eser/+	3 (%6,3)
++	4 (%8,3)
+++	4 (%8,3)

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların yaş ortancası 30,5 (Min:20-Maks:36) yıl, AGE tanısı konan hastaların yaş ortancası 27 (Min:25- Maks:28) yıl, renal kolik tanısı konan hastaların yaş ortancası 22 (Min:20-Maks:27) yıl, doğum eylemi olan hastaların yaş ortancası 26 (Min:20- Maks:27) yıl, cerrahi batına sahip olanların yaş ortancası 24,5 (Min:18- Maks:38) yıl, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların yaş ortancası 28,5 (Min: 21-Maks 35) ve diğer patolojilere sahip olan hastaların yaş ortancası 20 (Min:19- Maks:29) yılıdır. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,192)(Şekil 8).



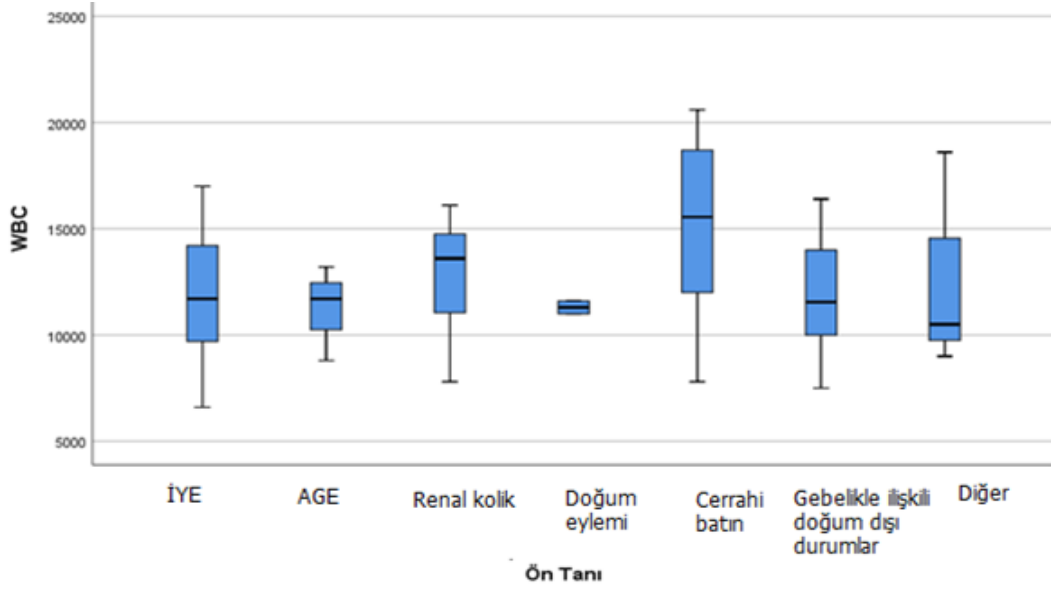
Şekil 8. Akut batınlı olgularda hastaların yaşlarının karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların gebelik haftası ortancası 17 (Min:8-Maks:36) hafta, AGE tanısı konan hastaların gebelik haftası ortancası 27 (Min:25-Maks:28) hafta, renal kolik tanısı konan hastaların gebelik haftası ortancası 22 (Min:10-Maks:37) hafta, doğum eylemi olan hastaların gebelik haftası ortancası 37 (Min:30-Maks:39) hafta, cerrahi batına sahip olanların gebelik haftası ortancası 15 (Min:5-Maks:23) hafta, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların gebelik haftası ortancası 12 (Min: 5-Maks 27) ve diğer patolojilere sahip olan hastaların gebelik haftası ortancası 28 (Min:18- Maks:28) haftaydı. Doğum eylemi ile başvuran olguların gebelik haftası anlamlı olarak yüksek saptandı (p:0,007).



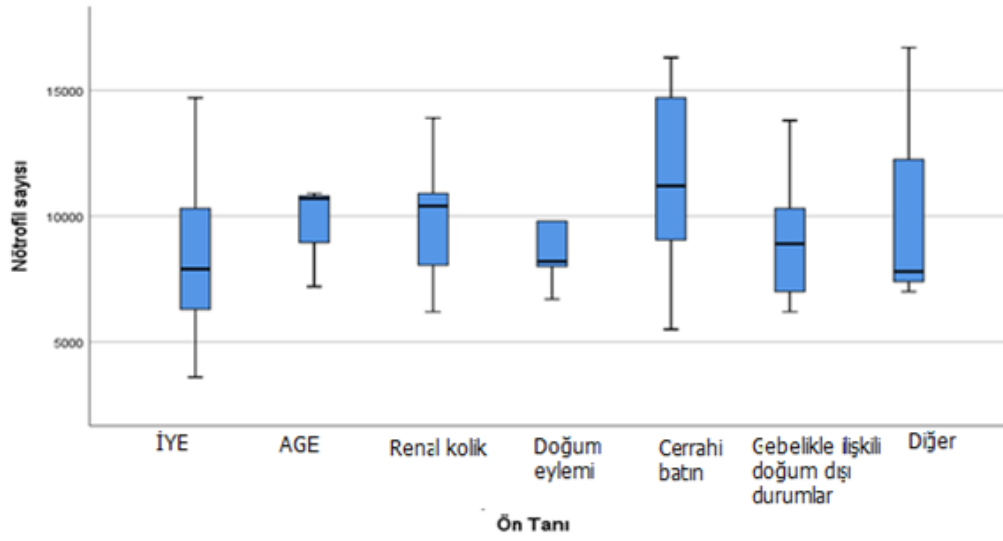
Şekil 9. Akut batınlı olgular dâhil gebelik haftalarının karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların WBC ortancası 11700 (Min:6600-Maks:17000) mm³, AGE tanısı konan hastaların WBC ortancası 11700 (Min:8800-Maks:13200) mm³, renal kolik tanısı konan hastaların WBC ortancası 13600 (Min:7800-Maks:16100) mm³, doğum eylemi olan hastaların WBC ortancası 11300 (Min:9200- Maks:14800) mm³, cerrahi batına sahip olanların WBC ortancası 15550 (Min:7800- Maks:20600) mm³, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların WBC ortancası 11550 (Min: 7500-Maks 16400) ve diğer patolojilere sahip olan hastaların WBC ortancası 10500 (Min: 9000- Maks:18600) mm³ saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,606)(Şekil 10).



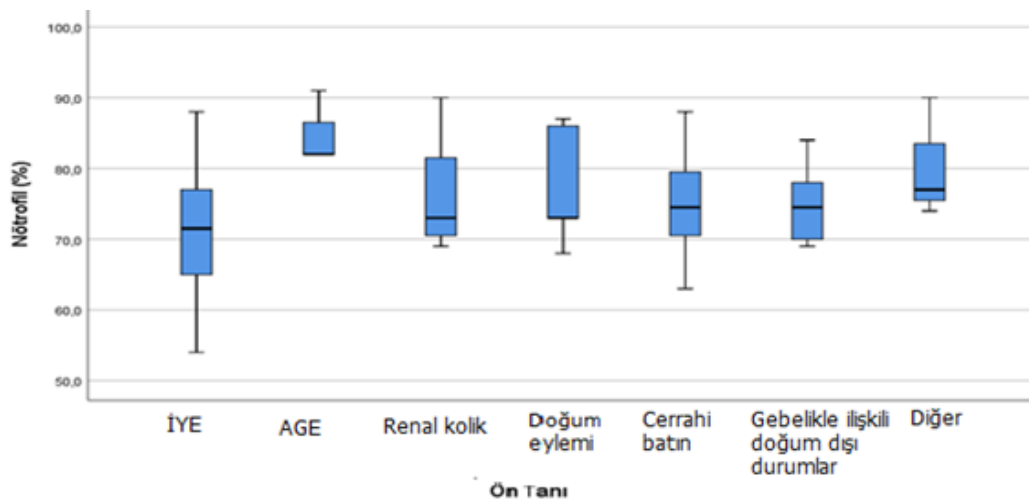
Şekil 10. Akut batınlı olgularda WBC sayılarının karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların nötrofil sayısı ortancası 7900 (Min:3600-Maks:14700) mm³, AGE tanısı konan hastaların nötrofil sayısı ortancası 10700 (Min:7200- Maks:10900) mm³, renal kolik tanısı konan hastaların nötrofil sayısı ortancası 10400 (Min:6200-Maks:13900) mm³, doğum eylemi olan hastaların nötrofil sayısı ortancası 8200 (Min:6700- Maks:1300) mm³, cerrahi batına sahip olanların nötrofil sayısı ortancası 11200 (Min:5500- Maks:16300) mm³, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların nötrofil sayısı ortancası 8900 (Min:6200-Maks:13800)mm³ve diğer patolojilere sahip olan hastaların nötrofil sayısı ortancası 7800 (Min: 7000- Maks:16700) mm³ saptandı.Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,511)(Şekil 11).



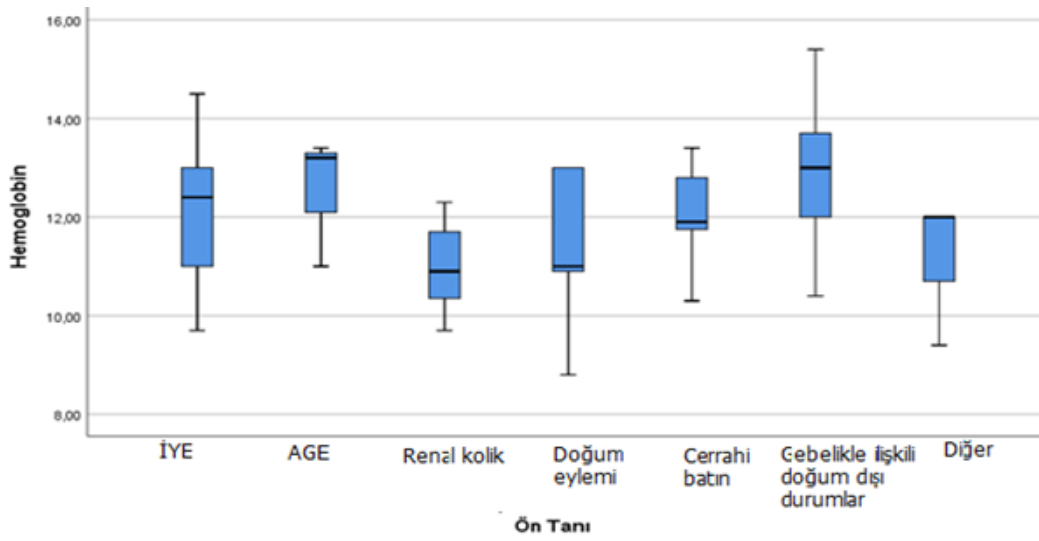
Şekil 11. Akut batınlı olgularda nötrofil sayılarının karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 71,5 (Min:54-Maks:88), AGE tanısı konan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 82 (Min:82- Maks:91), renal kolik tanısı konan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 73 (Min:69-Maks:90), doğum eylemi olan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 73 (Min:69- Maks:90), cerrahi batına sahip olanların nötrofil yüzdesi ortancası % 74,5 (Min:63- Maks:88), gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 74,5 (Min:57- Maks:92)ve diğer patolojilere sahip olan hastaların nötrofil yüzdesi ortancası % 77 (Min: 74- Maks:90) olarak saptandı.Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı(p:0,229)(Şekil12).



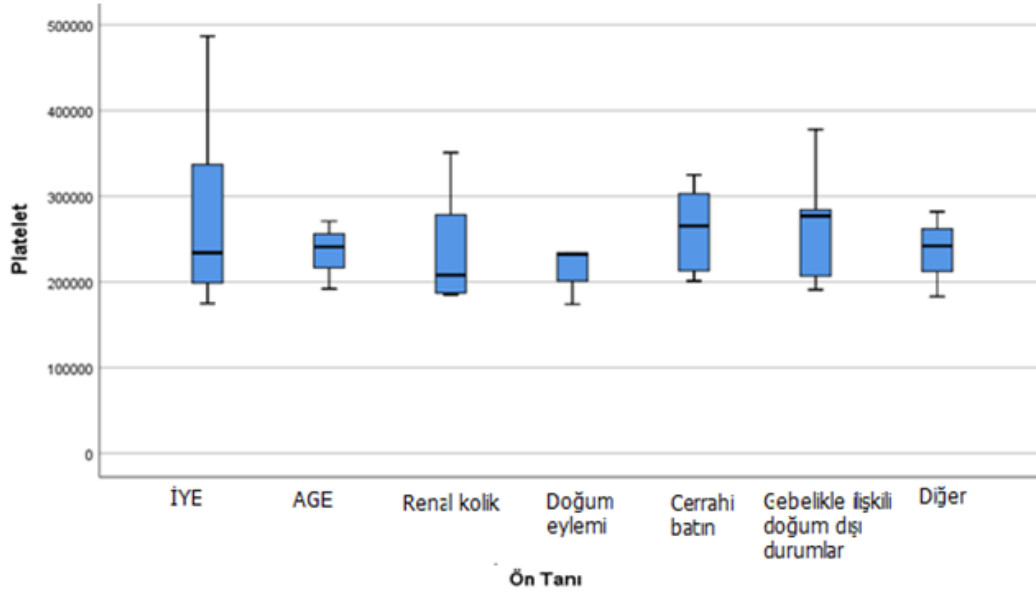
Şekil 12. Akut batınlı olgulardanötrofil yüzdelerinin karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların hemoglobin ortancası 12,4 (Min:9,7- Maks:14,5) gr/dl, AGE tanısı konan hastaların hemoglobin ortancası 13,2 (Min:11- Maks:13,4) gr/dl, renal kolik tanısı konan hastaların hemoglobin ortancası 10,9 (Min:9,7-Maks:14) gr/dl, doğum eylemi olan hastaların hemoglobin ortancası 11 (Min:8,8- Maks:13) gr/dl, cerrahi batına sahip olanların hemoglobin ortancası 11,9 (Min:10,3- Maks:13,4) gr/dl, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların hemoglobin ortancası 13 (Min:10,4- Maks:15,4) gr/dl ve diğer patolojilere sahip olan hastaların hemoglobin ortancası 12 (Min: 9,4- Maks:12) gr/dl olarak saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,200)(Şekil 13).



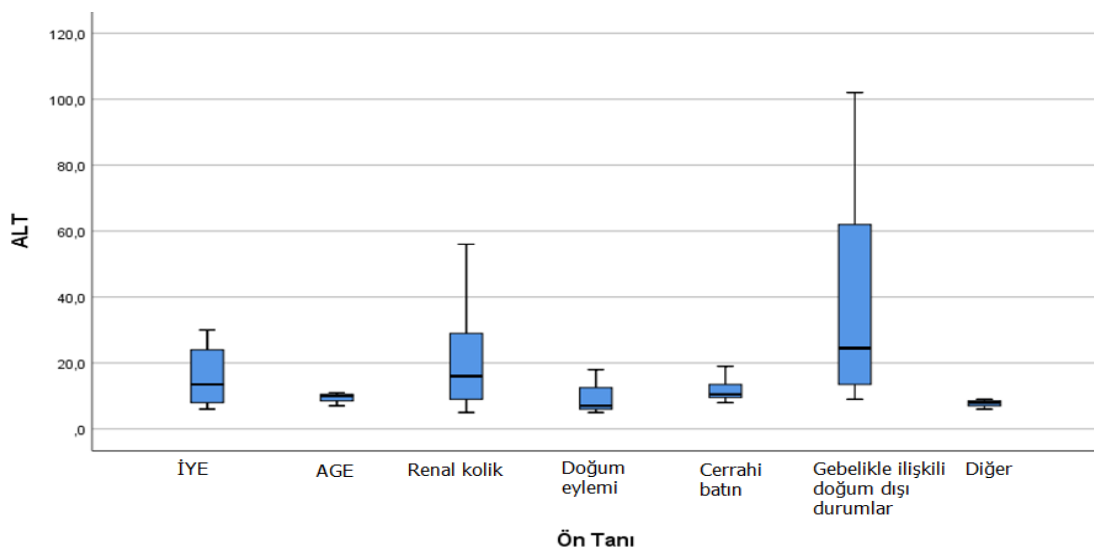
Şekil 13. Akut batınlı olgularda hemoglobin değerlerinin karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların platelet ortancası 234000 (Min:175000-Maks:487000) mm³, AGE tanısı konan hastaların platelet ortancası 241000 (Min:192000- Maks:271000) mm³, renal kolik tanısı konan hastaların platelet ortancası 208000 (Min:38000-Maks:351000) mm³, doğum eylemi olan hastaların platelet ortancası 232000 (Min:174000- Maks:315000) mm³, cerrahi batına sahip olanların platelet ortancası 265500 (Min:201000- Maks:325000) mm³, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların platelet ortancası 277000 (Min:191000- Maks: 378000) mm³ ve diğer patolojilere sahip olan hastaların platelet ortancası 242000 (Min: 183000- Maks:282000) mm³ saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,751) (Şekil 14).



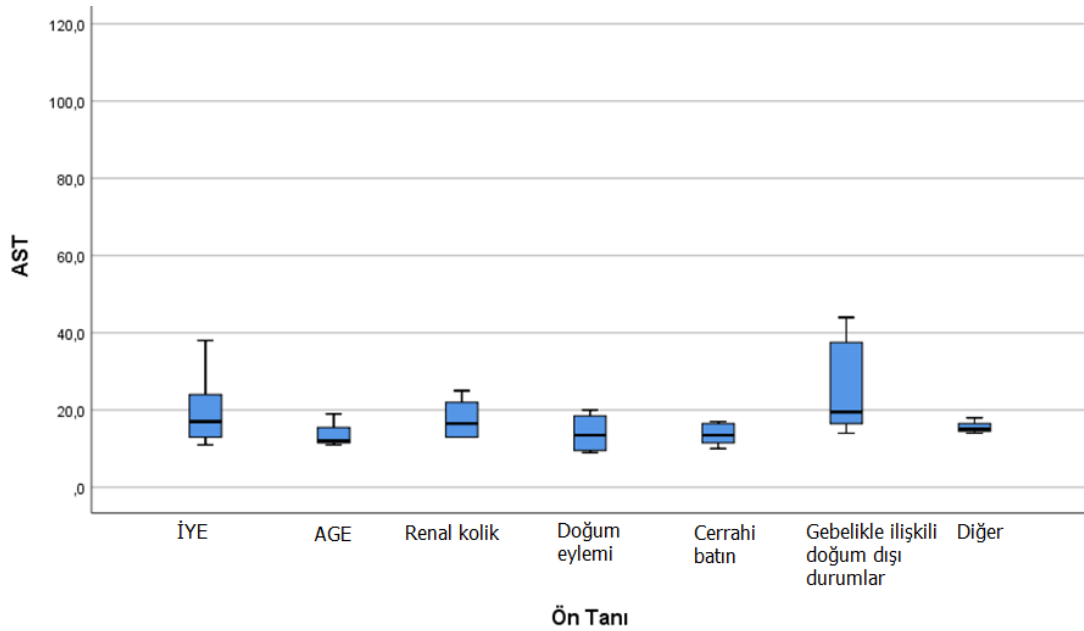
Şekil 14. Akut batınlı olgulardaplatelet karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların ALTortancası 13,5 (Min:6-Maks:98) U/L, AGE tanısı konan hastaların ALTortancası 10 (Min:7- Maks:11) U/L, renal kolik tanısı konan hastaların ALTortancası 15 (Min:5-Maks:56) U/L, doğum eylemi olan hastaların ALTortancası 7 (Min:5- Maks:18) U/L, cerrahi batına sahip olanların ALTortancası 10,5 (Min:8- Maks:19) U/L, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların ALTortancası 14,5 (Min:9- Maks: 391)U/L ve diğer patolojilere sahip olan hastaların ALTortancası 8 (Min: 6- Maks:9) U/L idi.Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,050) (Şekil 15).



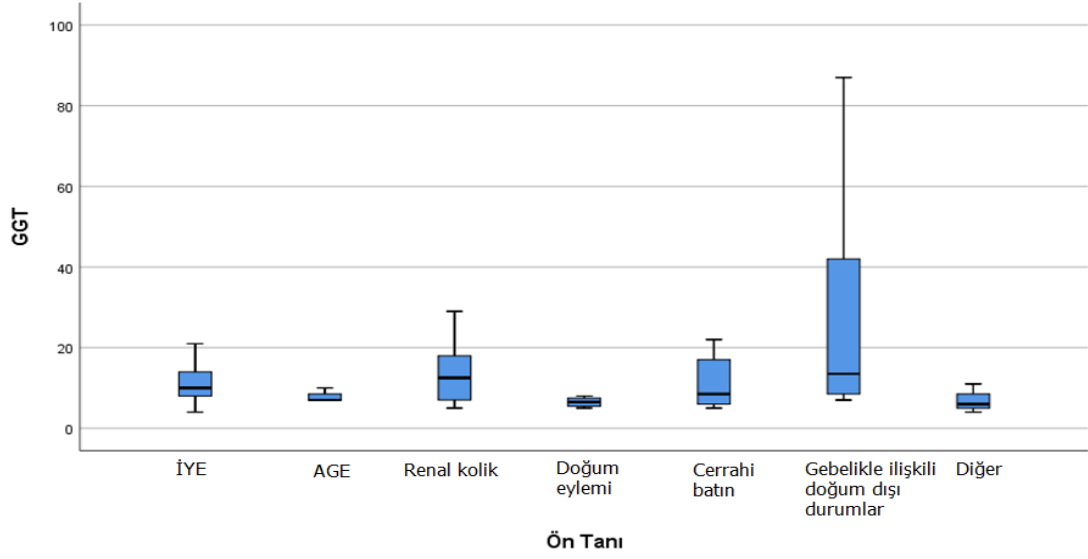
Şekil 15. Akut batınlı olgulardaALT karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların ASTortancası 17 (Min:11-Maks:64) U/L, AGE tanısı konan hastaların ASTortancası 12 (Min:11- Maks:19) U/L, renal kolik tanısı konan hastaların ASTortancası 16,5 (Min:13-Maks:25) U/L, doğum eylemi olan hastaların ASTortancası 13,5 (Min:10- Maks:34) U/L, cerrahi batına sahip olanların ASTortancası 13,5 (Min:10-- Maks:34) U/L, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların ASTortancası 19,5 (Min:14- Maks: 193) U/L ve diğer patolojilere sahip olan hastaların ASTortancası 15 (Min: 14- Maks:18) U/L idi.Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,173) (Şekil 16).



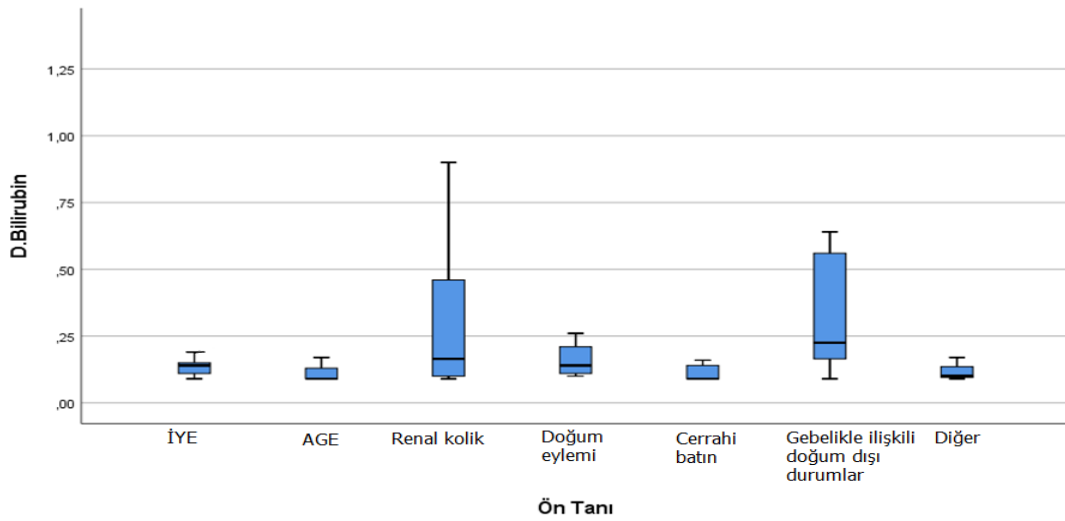
Şekil 16. Akut batınlı olgulardaAST karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların GGTortancası 10 (Min:4-Maks:29) U/L, AGE tanısı konan hastaların GGTortancası 7 (Min:7- Maks:10) U/L, renal kolik tanısı konan hastaların GGTortancası 13 (Min:5-Maks:29) U/L, doğum eylemi olan hastaların GGTortancası 7 (Min:5- Maks:14) U/L, cerrahi batına sahip olanların GGTortancası 9 (Min:5- Maks:67) U/L, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların GGTortancası 11 (Min:3- Maks: 143)U/L ve diğer patolojilere sahip olan hastaların GGTortancası 6 (Min: 4- Maks:11) U/L idi.Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,540) (Şekil 17).



Şekil 17. Akut batınlı olgulardaGGT karşılaştırması

Çalışmamızda İYE tanısı konan hastaların direk bilirubin ortancası 0,14 (min:0,09-maks:0,38) mg/dl, AGE tanısı konan hastaların direk bilirubin ortancası 0,09 (min:0,09- maks:0,17) mg/dl, renal kolik tanısı konan hastaların direk bilirubin ortancası 0,09 (min:0,09-maks:0,9) mg/dl, doğum eylemi olan hastaların direk bilirubin ortancası 0,14 (Min:0,1- Maks:0,26) mg/dl, cerrahi batına sahip olanların direk bilirubin ortancası 0,09 (min:0,09- maks:1,17) mg/dl, gebelikle ilgili doğum dışı durumları olan hastaların direk bilirubin ortancası 0,23 (min:0,09- maks: 2,36) mg/dl ve diğer patolojilere sahip olan hastaların direk bilirubin ortancası 0,1 (min: 0,09- maks:0,017) mg/dl idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p:0,114)(Şekil18).



Şekil 18. Akut batınlı olgulardadirek bilirubin karşılaştırması

Çalışmamızda İYE’li hastaların 18’inde (%100), AGE’li hastaların 2’sinde (%66,7), renal kolikli hastaların 6’sında (%85,7), doğum eylemi olan hastaların 2’sinde (%100), cerrahi batınlı hastaların 5’inde (%71,4), gebelikle ilgili doğum dışı durumlu hastaların 8’inde (%100) ve diğer hastaların 3’ünde(%100) idrarda patolojik bulgu saptandı. Gruplar arasında TİT’teki patoloji açısından farklılık saptanmadı (p:0,155) (Tablo 4).

Tablo 4. Akut batınlı olgularda TİT patolojilerinin karşılaştırması

	TİT Patoloji		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
İYE	18 (%100)	0	0,155
AGE	2 (%66,7)	1 (%33,3)	
Renal kolik	6 (%85,7)	1 (%14,3)	
Doğrum eylemi	2 (%100)	0	
Cerrahi batın	5 (%71,4)	2 (%28,6)	
Gebelikle ilgili doğum dışı durumlar	8 (%100)	0	
Diğer	3 (%100)	0	

Çalışmamızda İYE’li hastaların 17’sinde (%94,6), renal kolikli hastaların 4’ünde (%57,1), doğum eylemi olan hastaların 1’inde (%50), cerrahi batınlı hastaların 2’sinde (%28,6), gebelikle ilgili doğum dışı durumlu hastaların 4’ünde (%50) lökosit esteraz pozitif ve diğer hastaların 3’ünde (%100) lökosit esteraz pozitif saptandı. Gruplar arasında lökosit esteraz pozitifliği açısından farklılık saptanmadı (p:0,084) (Tablo 5).

Tablo 5. Akut batınlı olgularda TİT’telökosit esteraz karşılaştırması

	Lökosit esteraz		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
İYE	17 (%94,6)	1 (%5,6)	0,084
AGE	0	3 (%100)	
Renal kolik	4 (%57,1)	3 (%42,9)	
Doğrum eylemi	1 (%50)	1 (%50)	
Cerrahi batın	2 (%28,6)	5 (%71,4)	
Gebelikle ilgili doğum dışı durumlar	4 (%50)	4 (%50)	
Diğer	3 (%100)	0	

Çalışmamızda İYE’li hastaların 1’inde (%5,6), renal kolikli hastaların 3’ünde (%42,9),ve gebelikle ilgili doğum dışı durumlu hastaların 1’inde (%12,5) eritrosit pozitif saptandı. Gruplar arasında eritrositpozitifliği açısından farklılık saptanmadı (p:0,208) (Tablo 6).

Tablo 6. Akut batınlı olgulardaTİT’te eritrositkarşılaştırması

	Eritrosit		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
İYE	1 (%5,6)	17 (%94,4)	0,208
AGE	0	3 (%100)	
Renal kolik	3 (%42,9)	4 (%57,1)	
Doğrum eylemi	0	2 (%100)	
Cerrahi batın	0	7 (%100)	
Gebelikle ilgili doğum dışı durumlar	1 (%12,5)	7 (%87,5)	
Diğer	0	3 (%100)	

Çalışmamızda İYE’li hastaların 3’ünde (%16,7), doğum eylemi olan hastaların 1’inde (%50), cerrahi batınlı hastaların 1’inde (%50) ve gebelikle ilgili doğum dışı durumlu hastaların 1’inde (%12,5) bakteri pozitif saptandı.Gruplar arasında bakteri varlığı açısından farklılık saptanmadı (p:0,440) (Tablo 7).

Tablo 7. Akut batınlı olgulardaTİT’te bakterikarşılaştırması

	Bakteri		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
İYE	3 (%16,7)	15 (%83,3)	0,440
AGE	0	3 (%100)	
Renal kolik	0	7 (%100)	
Doğrum eylemi	1 (%50)	1 (%50)	
Cerrahi batın	1 (%14,3)	6 (%85,7)	
Gebelikle ilgili doğum dışı durumlar	1 (%12,5)	7 (%87,5)	
Diğer	0	3 (%100)	

Çalışmamızda İYE'li hastaların 2'sinde (%11,1), AGE'li hastaların doğum eylemi olan hastaların 2'sinde (%66,7), renal kolikli hastaların 1'inde (%14,3), cerrahi batınlı hastaların 3'ünde (%42,9) ve gebelik ile ilgili doğum dışı durumlu hastaların 4'ünde (%37,5) keton pozitif saptandı. Gruplar arasında keton pozitifliği varlığı açısından farklılık saptanmadı (p:0,151) (Tablo 8).

Tablo 8. Akut batınlı olgularda TİT'te keton karşılaştırması

	Keton		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
İYE	2 (%11,1)	16 (%88,9)	0,151
AGE	2 (%66,7)	1 (%33,3)	
Renal kolik	1 (%14,3)	6 (%85,7)	
Doğrum eylemi	0	2 (%100)	
Cerrahi batın	3 (%42,9)	4 (%57,1)	
Gebelik ile ilgili doğum dışı durumlar	4 (%37,5)	5 (%62,5)	
Diğer	0	3 (%100)	

Gebelik haftası nötrofil düzeyi ile pozitif yönde zayıf korelasyon, hemoglobin ve platelet düzeyi negatif yönde orta düzeyde korelasyon göstermekteydi (p<0,05). Gebelik haftasının WBC, nötrofil sayısı, ALT, AST, GGT ve direk bilirubin ile arasında korelasyon saptanmadı (p>0,05) (Tablo 9).

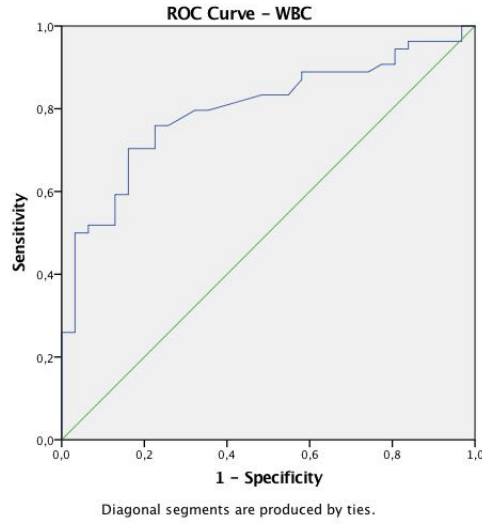
Tablo 9. Gebelik haftası ile korelasyon

	R	P
WBC	-0,017	0,880
Nötrofil sayısı	0,067	0,554
Nötrofil (%)	0,225	0,043
Hemoglobin	-0,330	0,003
Platelet	-0,448	0,001
ALT	-0,004	0,976
AST	-0,083	0,585
GGT	-0,079	0,587
Direk bilirubin	0,021	0,889

*Spearman Rho Korelasyonu

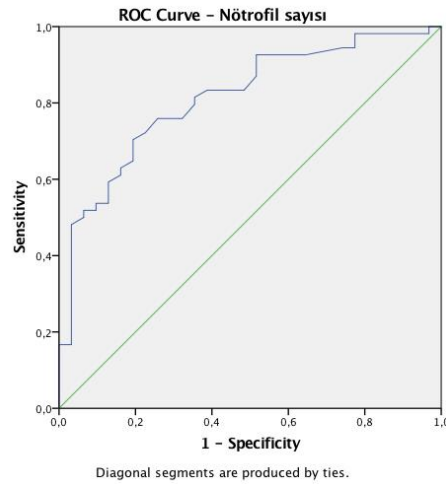
WBC nin akut batın olması durumundaki ROC eğrisi aşağıda gösterilmiştir. Bu eğriye göre WBC akut batın tanısında anlamlı olarak daha yüksek (p<0,001) ve eğri altında kalan alan (AUC) 0,798 (0,703-0,892). Her WBC değeri için sensitivite ve

spesifite değerleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Sensitivite ve spesifite toplamının en yüksek olduğu nokta WBC'nin 10350 olduğu noktadır. Bu noktada sensitivite %70,4 ve spesifite %83,9 olarak saptandı



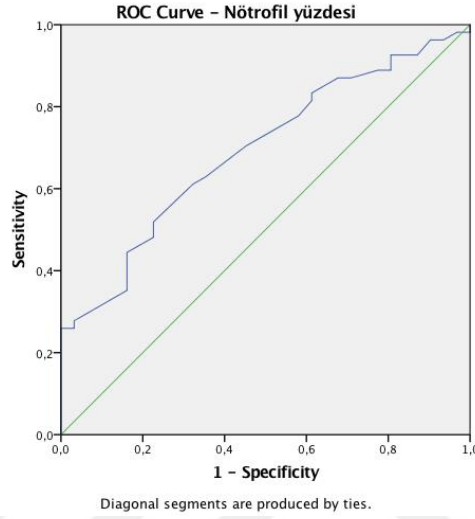
şekil 19. WBC için ROC analizi

Nötrofil sayısının akut batın olması durumundaki ROC eğrisi aşağıda gösterilmiştir. Bu eğriye göre Nötrofil sayısı akut batın tanısında anlamlı olarak daha yüksek ($p < 0,001$) ve eğri altında kalan alan (AUC) 0,814 (0,722-0,906). Her nötrofil sayısının için sensitivite ve spesifite değerleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Sensitivite ve spesifite toplamının en yüksek olduğu nokta nötrofil sayısının 6950 olduğu noktadır. Bu noktada sensitivite %75,9 ve spesifite %74,2 olarak saptandı.



şekil 20. Nötrofil sayısı için ROC analizi

Nötrofil yüzdesi akut batın olması durumundaki ROC eğrisi aşağıda gösterilmiştir. Bu eğriye göre Nötrofil yüzdesi akut batın tanısında anlamlı olarak daha yüksek ($p=0,003$) ve eğri altında kalan alan (AUC) 0,692 (0,580-0,804). Her nötrofil yüzdesi için sensitivite ve spesifite değerleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Sensitivite ve spesifite toplamının en yüksek olduğu nokta nötrofil yüzdesinin %75,5 olduğu noktadır. Bu noktada sensitivite %44,4 ve spesifite %83,9 olarak saptandı



Şekil 21. Nötrofil yüzdesi için ROC analizi

5. TARTIŞMA

Gebelikte akut batın insidansı yaklaşık 500 olguda 1 olup, gebelerde akut batının en sık nedeninin akut apandisit olduğu bildirilmiştir (1, 2). Ayrıca akut batın nedeni ile cerrahi yapılan olguların %25-30'unun akut apandisit tanısı olan gebeler olduğu ifade edilmiştir (1). Gebelerde non-obstetrik intra abdominal cerrahi sıklığı her 451-635 doğumda 1 olarak bildirilmiştir (39).

Gebelik sırasında en sık gebelik dışı cerrahi müdahaleye gerek duyulan hastalığın akut apandisit olduğu belirtilmiştir. Anne ve fetüsün hayatını tehdit eden bir durum olan akut apandisit gebelikte, gebe olmayanlarla aynı sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir (40). Bu hastalarda en sık karşılaşılan semptomların karın ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık olduğu ender olarak; ateş, ishal, kabızlık, dizüri gibi semptomlarında görülebildiği belirtilmiştir (40). Yapılan çalışmalarda akut apandisit 3.trimesterde daha sık görüldüğü belirtilmektedir(40-42). Gebelikte yaklaşık olarak 1500 gebelikte 1 akut apandisit geliştiği bildirilmiştir (41). Yapılan bir çalışmada(43) gebeliğin ilerleyen döneminde apendiksin lokalizasyonunun yukarı ve laterale doğru yer değiştirdiğini, buna bağlı gebe apandisit hastalarının karın ağrısının sağ yan ağrısı şeklinde veya sağ üst kadranda ağrısı şeklinde tarifleyebildikleri belirtilmiştir. Gebeliğin 3. trimesterinde gelişen karın ağrılarında, karın ön duvarının gerilmesi nedeniyle defans ve rijiditenin saptanmasının zor olduğu belirtilmiştir (44). Gebelik döneminde akut apandisit tanılı olgularda yapılan kan ve idrar tahlillerinin tanısal değerinin oldukça düşük olduğu belirtilmiştir (43).

Yağcı ve ark. çalışmalarında akut apandisit olgularında lökositozun olduğunu belirtmişlerdir (43). Tekin ve ark. akut batın nedeniyle başvuran bir gebenin laboratuvar incelemesinde lökosit 9600/mm³ olduğunu belirtmiştir (45). Normal gebelikte lökosit sayısı 10.000\mm³ ile 20.000\mm³ arasında değişebileceğinden, gebe bir kadında akut apandisit teşhisinde lökositozun çok yararlı olmadığı ancak nötrofil sayısının %60'ın üzerine çıkması ve sola kayması anlamlı bir laboratuvar bulgusu olduğu belirtilmiştir (6). Karakuş ve ark. yaptıkları olgu sunumunda karın ağrısı ile başvuran gebe bir hastanın akut apandisit tanısı aldığını hastanın kan tetkiklerinde beyaz kürenin $19,5 \times 10^3 /\mu\text{L}$ olduğunu belirtmişlerdir (46). Kolelitiazisi olan gebe hastalarda laboratuvar incelemelerinde genellikle 13000/mm³ üzerinde lökositoz vardır (6). Çalışmamızda

akut batın olgularında WBC düzeyleri anlamlı yüksek saptandı. Akut batına yol açan patolojilerin lokalde olsa enfeksiyona yol açması, peritonda irritasyon yapması ve kusma ataklarına yol açmasına bağlı olarak WBC'yi yükseltmiş olabilir.

Gebelik süresince ikinci en sık akut abdomen nedeni akut kolesistittir. Akut kolesistitin gebelik boyunca görülme insidansı 1-6\10000'dir (39). Gebelikte progesteronun düz kas gevşetici özelliği nedeniyle safra kesesinin boşalmasının gecikmesi ve rezidual volümün artması, bilier sistemde staz oluşturması nedeniyle kolelitiazis ve akut kolesistit insidansında artışa neden olduğu belirtilmiştir(6, 47). Ayrıca, gebelik boyunca östrojen seviyesinin yükselmesi kolelitiazis riskinde artışa neden olduğu söylenmektedir (48). Asemptomatik kolelitiazis gebe kadınların %3,5'inde görülmekte ve gebelerde %90'nın üzerinde kolesistitin sebebini oluşturmaktadır (6). Kolelitiazisi olan gebe hastalarda laboratuvar incelemelerinde genellikle 13000/mm³ üzerinde lökositoz vardır. Bazen özellikle direk bilirubinde daha belirgin olmak üzere karaciğer enzimlerinde artış izlendiği belirtilmiştir (6).

Gebeliğin intra hepatik kolestazi, gebeliğe bağlı en sık karaciğer patolojisi olup gebeliğin ikinci yarısında vücutta yaygın kaşıntı ve artmış serum safra asitleri ile karakterize bir karaciğer hastalığı olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebeliğin intra hepatik kolestazi tanısı alan bir hastanın en belirgin semptomunun kaşıntı olduğunu, belirgin bir cilt lezyonunun olmadığını, olguların hepsinde anormal karaciğer fonksiyon testlerinin olduğunu belirtmişlerdir (49). Yapılan bir çalışmada serum aminotransferazlarındaki artışın normalin 2-10 katına kadar yükselebildiği (50); ancak ALT ve AST değerlerinin normal sınırlarda olmasının, gebeliğin intra hepatik kolestazitanısını veya ciddi hastalık tanısını ekarte ettirmediği belirtilmiştir (51). Gebelik kolestazi tanısı almış hastaların %40'ında serum ALT değerlerinin normalin 10 katından daha fazla arttığı belirtilmiştir (52). Başka bir çalışmada transaminazların genellikle normal sınırlarda seyrettiği; ancak 200-400 IU/L'ye ulaşabildiği, bilirubin seviyelerinin 5 mg/dl'ye yükselebildiği belirtilmiştir(53). Yapılan bir çalışmada gebelik kolestazında hastaların yaklaşık % 20-60'ında serum transferazlarında artış olduğu, % 10-20'sinde serum total ve direkt bilirubin seviyelerinde hafif veya orta derecelerde artışlar izlendiği belirtilmiştir (54). Yanık gebelik kolestazi ile ilgili makalesinde; hastaların total safra asit düzeyinin yükseldiğini, kolik asit oranının, KC enzimlerinin (ALT,AST) iki kat arttığını, GGT ve alkalen fosfatazın dört kat arttığını ve bilirubin değerlerinin

(6mg/dL'ye kadar) yükseldiğini belirtmiştir (55). Altınbaş ve ark. çalışmalarında gebelik kolestazı tansı alan hastaların AST ve ALT düzeylerinin sırasıyla ortalama 177.30 IU/L ve 229.1 IU/L olduğunu belirtmişlerdir (50). Yapılan bir çalışmada gebelik kolestazında hastaların %10-15'inde konjuge bilirubin değerlerinde hafif yükselme olabildiği bildirilmiştir(56). Dağ ve Çil yaptıkları çalışmada gebelik kolestazı tanısı alan bir hastanın yapılan tetkikler sonucunda; Hb:11,1g/dl, Htc:%35,2, WBC:10.200/uL, Plt:218.000/uL, AST:358 U/L, ALT:371 U/L, ALP:205 U/L, Total bilirubin:1,27mg/dl, Direkt bilirubin:0,55gr/dl, GGT:9,27gr/dl olduğunu belirtmişlerdir(57). Gebelik kolestazı olan bir hastanın alaninaminotransferaz (ALT) ortalamasının 60 U/L, aspartat amino transferaz (AST) ortalamasının 102 U/L, gama glutamil transferaz (GGT) ortalamasının 7 U/L, total bilirubin ortalamasının 3.8 mg/dl ve direk bilirubinin ortalamasının 2.7 mg/dl olduğu belirtilmiştir (58).

Gebeliğin her 10.000'de 3'ünde özellikle 3. Trimesterde akut pankreatit (AP), görülmektedir (59). %70 biliyer kaynaklıve maternal ve prenatal prognozu oldukça iyidir. Biliyer nedenlerini %20 oranında hipertrigliseridemi ve alkol kullanımı izlemektedir (60). Yanxia Gang ve ark. yaptıkları çalışmada hastalığın tanısının en sık 3. trimesterde konulduğunu belirtmişlerdir (61). Hernandez ve ark. akut pankreatit tanısı konan gebe hastaların 2 trimesterde olduğunu maternal mortaliteye rastlamadıklarını belirtmişlerdir (62). Turhan ve ark. 27 gebede yaptıkları çalışmada pankreatitin puerperal dönemde görüldüğü ve %3 maternal mortaliteye rastladıklarını belirtmişlerdir (63). Sun ve ark. 69 gebede yaptıkları çalışmada akut pankreatit tanısı konan gebe hastaların 3. trimesterde olduğunu,perinatal mortalitenin%23,1 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir(64). Benzer şekilde Gengve ark. 18 gebede yaptıkları çalışmada akut pankreatit tanısı konan gebe hastaların 3. trimesterde olduğunu bu hastalarda perinatal mortalitenin%33 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir (61). Hua-pingve ark. 25 gebede yaptıkları çalışmada akut pankreatit tanısı konan gebe hastaların 3. trimesterde olduğunu Perinatal mortalitenin%8 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir (65).

Gebelik sürecinde hafif fizyolojik umbilikal herni görülebilir; ancak gebe uterusun umbilikal herni kesesi içerisine fıtıklaşması çok daha nadir görülmektedir (66). Gebe uterusun anteriorabdominal duvarın yetersizliğine bağlı batın dışına herniasyonu sık görülmeyen bir klinik durumdur. Bu klinik tablo daha çok insizyonel herni şeklinde olmaktadır (67). Literatürde, umbilikalherni kesesi içerisinde gebe uterusun yerleşmesi

ve terme kadar ulaşmış 5 olgu bildirilmiştir (68). Çalışmamızda karın ağrısı olan gebeler akut apandisit, akut pankreatit, akut kolesistit, herni tanıları ile deilde akut batın olarak değerlendirilmiştir. Bu hastalarda WBC, nötrofil sayısı ve yüzdesi akut batın grubunda daha yüksek olduğu saptandı. Akut batın olarak değerlendirilen bu hastalıkların çoğu(akut apandisit, kolelitiazis, herni..gibi) cerrahi gerektiren hastalıklardır. Bu gibi cerrahi ve cerrahi olmayan (akut pankreatitin komplikasyon gelişmemiş hali, akut kolesistit.) hastalıkların patolojisinde inflamasyon hakimdir.Bu nedenle akut batın düşünülen hastaların çoğunda WBC, nötrofil yüzdesi yüksek çıkabilmektedir. Ancak WBC değerlerinin normal olması akut batını dışlamadığını, sadece yüksekliğinin tanıya katkı sağladığı kanaatindeyiz. Çalışmada ALT, AST değerlerinin anlamlı çıkmaması karın ağrısının tanı bazlı deilde akut batın olarak yapılmış olması olabilir. Akut batın içinde akut kolesistit, kolestaz, taşlı pankreatit tanılarının olması bu hastalarda ALT, AST değerlerinin yüksek çıkması beklentilerini artırmakla birlikte toplam akut batın içinde bu hastalıkların yüzdesinin küçük olması çalışmada ALT, AST değerlerinin anlamsız çıkmasını sağlamış olabilir. Çalışmamızda bazı hastalarda kliniklerin ilişkisiz olmakla birlikte kan değerlerinin bozulması kolestaz lehine bozulması vermesi, tanı konmamış gebelik kolestazi gibi patolojiler ile ilişkili olabilir.

İdrar yolu enfeksiyonları (İYE) tüm gebeliklerin %20'sinde görülür ve gebelik süresince anemiden sonra 2. sıklıkta görülmektedir. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonunun kesin tanısı etkenin gösterilmesiyle konur (69). İYE tedavi edilmezse preterm veya prematür membran rüptürü, preterm doğum, koryoamnionitis, neonatal enfeksiyon ve düşük doğum ağırlığına neden olabilir (70). Asemptomatik bakteriüri herhangi bir belirti olmadan ard arda alınan iki idrar örneğinde 10^5 CFU/ml bakteri üremesi, sistit bakteriürinin mesane mukozasının inflamasyonu ile birlikte olması, Akut piyelonefrit ise anlamlı bakteriüri ile birlikte böbrek parankiminin ve pelvisin inflamasyonu olarak tanımlanmaktadır (71). Özsoy ve ark.'nın çalışmalarında hastaneye başvuran gebelerin %36,5'inde İYE olduğu belirtilmiştir (72). Gebelerde yapılan başka bir çalışmada bu oran %56,8 olarak bulunmuştur (73). Yapılan diğer çalışmalarda, gebelerde üriner sistem enfeksiyonu insidansı %12,3 olarak (74), bu insidansı Bookallil ve ark. (75) %4,9, Turpin ve ark. (76) %7,3 ve Tadesse ve ark. (77) %9,8 olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda gebe hastaların %33,3'ünde İYE, %13'ünde renal

kolikolduğu saptandı. Bu hastalardan İYE olan hastalarda ortalama WBC değęerlerinin 11700 olduğu, renal kolik olduğu belirlenen hastaların bu değeri 13600 olduğu saptandı. İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konan hastaların tamamında idrar tetkikinde patolojik bulgu saptanırken, renal kolikte bu oran %85,7'sinde patoloji olduğu belirlendi. Her iki hasta grubunun tamamında lökosit esteraz değęerleri + saptandı. Renal kolik tanısı alan hastaların sadece %57,1'inde idrarda eritrosit saptandı. Hastaların büyük çoğunluğuunda idrarda keton saptandı. Gebelerde İYE oranı literatür çalışmalarında da farklılık göstermektedir. Bunun sebebi başvuran hasta popölasyonunun hijyene verdiği önem ve başvuru mevsiminin etkili olduğu düşüncesindeyiz. Gebelikte WBC değęerleri normal olarak yükseldiğinden hastalardaki komplike olmayan İYE ve renal kolikte WBC değęerlerinin gebeliğe veya enfeksiyona bağlı olup olmadığını söylemek zordur. Ancak piyelonefrit gelişmemiş hastalarda WBC değęerlerinin çok yükselmeyeceği kanaatindeyiz. Lökosit esteraz varlığının, İYE'de dışlama kriteri olarak kullanılabileceğini söyleyen yayınlar olduğuundan,İYE tanısında önemli bir yere sahiptir. Her ne kadar çalışmamızda idrar kültürü yapılmamış olsa da sonuçlarımız lökosit esteraz varlığının İYE tanısı için kullanılabileceğini düşündürmektedir. Renal kolikte böbrek veya yolunda bir obstrüksiyon sonucu idrarda hematüri beklense de gebelikte hormonal dilatasyon sonucu da hematüri görülebileceği, bununla birlikte her hastada hematüri olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Hastalarımızın çoğuunda idrarda keton saptanmasının nedeni hastaların enfeksiyona sekonder veya gebeliğe bağlı kusmalarından kaynaklanabileceği gibi iştahsızlık sonucu aç kalmaya bağlıda olabileceği kanaatindeyiz. Diğer gruplarda idrar yolunda patoloji saptanması hastalarda ek olarak İYE'ye veya doğum eylemi gibi hafif durumlarda kanamaların yapmış olduğu bulaş sonucu olduğu kanısındayız.

Mikroskopik olarak da gram boyalı preparatta x100'lük objektifte bakterilerin ya da her alanda 50'den fazla lökositin görölmesinin tanısal olduğu belirtilmiştir. Ayrıca lökosit esteraz testi, idrarda nitrit aranması, uriscreenenzim aktivite testi tanıda kullanılan diğer yöntemlerdendir (78).Yapılan başka bir çalışmada gebe kadınların %50-75'inde hematüri gözlenebildiği belirtilmiştir. Gebeliklerde, hidroüreteronefrozdaki kaynaklanan vasküler dilatasyon ve lokal hormonal etkilerden dolayı spontan kanamaların da görülebileceği belirtilmiştir (79). Ercan ve ark. çalışmalarında idrar kültürü istemlerinin %85,7 kadarının sonucunun negatif olduğuunu, idrar kültürü

istemlerinin büyük bir çoğunluğunun maliyetinin ve iş yükünün gereksiz düzeyde yüksek olduğunu, bunun yerine lökosit esteraz ve nitrit testlerinin kullanılabileceğini belirtmişlerdir (80). Bunun yanında Deville ve ark. metanalizlerinde hem lökosit esteraz hem de nitritin negatif olması durumunun tüm popülasyonda geçerli olmak üzere İYE'yi dışlama yeterliliğine sahip olduğunu ileri sürmüşlerdir (81). Özsüt makalesinde ateş, üşüme, titreme, bulantı, kusma ±akut sistit semptomları, kostovertebral açıda duyarlık, Piyüri ($\geq 10/\text{mm}^3$), Bakteriüri ($\geq 10^4/\text{ml}$), lökositoz, CRP pozitifliği, sedimentasyon yüksekliği olan kadınların pyelonefrit olarak değerlendirildiklerini belirtmiştir (82). Bu durum eşlik eden İYE olabileceği gibi hormonal nedenli ve hidoüreteronefroz nedenli vasküler dilatasyona bağlı hematüri görülebilir. Bu durumun en büyük sakıncası akut batın ile gelen gebe hastaların yanlışlıkla üriner sistem enfeksiyonu veya renal kolik gibi tanıları konarak hastaların hatalı yönlendirmeleri olduğu kanaatindeyiz. Karın ağrısı ile başvuran gebelerin idrar patolojileri olsa da, akut batın açısından daha dikkatli olunması gerektiği düşüncesindeyiz.

Yağcı ve ark. çalışmalarında akut apandisit olgularının %42,8'inde mikroskopik hematüri bulunduğunu belirtmişlerdir (43). Tekin ve ark. akut batın nedeniyle başvuran bir gebenin idrar tetkiklerinde ise lökositin 20/HPF, eritrositin 4/HPF bulunduğunu belirtmişlerdir (45). Ayrıca akut apandisitte piyüri görülebileceği ancak normal bir gebelikte veya pyelonefritte de görülebileceği belirtilmiştir (6). Yapılan bir çalışmada orta akım idrar örneğinden alınan kültürde tek cins 10^5 CFU/ml ya da daha fazla bakteri üremesi anlamlı bakteriüriyi gösterdiği belirtilmiştir. Tekrarlayan ya da düzeltilemeyen üriner enfeksiyonların ve parenteral antibiyotik tedavisine rağmen 48 saat içinde düşmeyen ateşin nedeninin üriner sistem taşları olabileceği belirtilmiştir (79). Çalışmamızda hastalarda saptanan idrar patolojilerinin İYE ve diğer hasta gruplarında benzer saptandı. Bu durum diğer hastalarda asemptomatik İYE olabileceği veya hasta grubunun az olmasına bağlı olarak istatistiksel olarak anlamsız çıktığı kanısındayız.

Yapılan bir çalışmada hiperemesis gravidarumu (HG) olan hastalarda malnutrisyona bağlı asidoz, kusmaya bağlı alkaloz, hipokalemi, kas güçsüzlüğü, tetani, K vitamini yetmezliğine bağlı koagülasyon bozukluklarının gelişebildiği belirtilmiştir (83). Çalışmamızda hastalar HG tanısı ile kategorize edilmediğinden gebelik ile ilişkili doğum dışı durumlar ve diğerleri şeklinde kategorize edilmiştir. Bu çalışmada gebelik ile ilişkili doğum dışı durumlar ve diğerleri %23,1 (toplam 13 kişi) olarak saptandı. HG

özellikle gebeliğin ilk trimesterinde görülen hastaların sık kusmaları ile hastanın konforunu etkileyen, ilerlemesi durumunda sıvı elektrolit bozukluğuna yol açarak gebe ve fetüsün hayatını tehdit edecek kadar ilerleyebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda elektrolit ve biyokimyasal değerlerde patolojik değer olmamasının nedeni hasta sayısının az olması olabilir. Ancak HG'nin çalışma sonuçlarımızdan daha fazla olduğunu ve hastanın sıvı elektrolit denge bozukluğunun önemlenecek düzeyde olduğunu düşünmekteyiz.

Şiddetli ishal olgularında sıvı kaybı ve elektrolit dengesizlikleri meydana gelebilir. Bu nedenle gebelerde sıvı kaybı ve elektrolit dengesizliklerine bağlı olarak bebek ve fetus ölümleri görülebilmektedir (84). Asemptomatik bağırsak enfeksiyonlarının gebelerde demir eksikliğine ve fetusta büyüme geriliğine neden olabileceği bildirilmiştir (84). Bağırsak parazitleri, gıdalara ortak olarak, toksin salgılayarak, bağırsak duvarını tahrip ederek, ishale ve bunların sonucu olarak da malabsorbsiyona sebep olmaktadır. Parazitozlu gebe kadınlarda gıda maddelerinin yeterince alınmamasına ve/veya alınan gıda maddelerinden vücudun yeterince yararlanamamasına bağlı olarak anemi görülme riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (85). Gebelik süresince görülen mide bulantısı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı gibi şikayetler bağırsak parazitozlarında da görülebildiğinden bu durumun sadece gebelik ile ilişkilendirilmemesi gerektiği; bunda bağırsak parazitozlarının da etkili olabileceği vurgulanmıştır (86). Gebelerde karın ağrısında ishalin yeri önemlidir. Basit bir besin zehirlenmesinden ciddi düzeylere varabilen parazitöz nedeni ishaller görülebilmektedir. İshal durumlarında, ishalin süresi ve parazitin tipine bağlı olarak hastaların biyokimyasal parametrelerinde değişkenlik olabilir. Çalışmamız hasta sayısının azlığı nedeniyle biyokimyasal parametrelerin tanı anındaki değerini söylemekte kısıtlı kalmaktadır. Ancak gebelik ve ishal birlikteliğinde gebenin sıvı dengesine dikkat etmek gerektiği ve geçmeyen ishalde gerek elektrolit bozukluğu gerekse gebe ve fetusun hayati riskinden dolayı önemsemek gerektiği kanaatindeyiz.

Doğum ağrısı akut başlayıp çok çabuk ilerleyen ve emosyonel faktörlerden etkilenen bir durum olduğu, doğum ağrısının çoğunlukla; “hafif, rahatsız edici, korkutucu, dayanılmaz” gibi kelimeler kullanılarak tanımlandığı belirtilmiştir (87). Başka bir çalışmada doğum eyleminin doğal ve ağrılı bir süreç olduğu, genel olarak kadının hayatı boyunca çekeceği en şiddetli ağrıların yaşandığı bir olay olduğu

belirtilmiştir (88). Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir (89). Çalışmamızda hastaların %9,3'ünde doğum eylemi başladığı, bu gebelerin ortalama 37 haftalık olduğu, hastalarda idrarda patolojik değerler olduğu saptandı. Karın ağrısı ile başvuran gebeliklerde özellikle 3. trimester döneminde gerek cerrahi batın, gerekse İYE olması durumunda bile, hastalarda erken veya normal doğumun olabileceği veya diğer karın ağrılarına eşlik edebileceği kanaatindeyiz.

Gebe olan hastalarda yapılan bir çalışmada prokalsitoninin erken membran rüptürü ve koryoamnioniti olan hastalarda pozitifleştiği bildirilmiştir (90). Gebeliğin bilinmediği bir çalışmada prokalsitoninin akut apandisit göstermede etkisiz olduğu ifade edilmiştir (91). Yine benzer bir çalışmada kolesistit ve pankreatit olgularında prokalsitonin ile hastalık şiddeti arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir (92). Çalışmamızda gebelerde akut batın ve prokalsitonin pozitifliği arasında bir ilişki saptanmadı. Bu durum gebelerde şiddetli karın ağrısına yol açan birçok patolojinin gerçekte sistit, gastrit gibi şiddetli inflamasyona yol açmayan patolojiler olması ile ilişkili olabilir. Cerrahi gerektiren ve şiddetli inflamasyona yol açan akut batın sıklığının düşük olması sonuçlarımızın anlamsız çıkmasına yol açmış olabilir.

Hemoglobinin gebelerde; kilo kaybı, dehidratasyon, asit-baz dengesizliği ve ketozis ile sonuçlanan aşırı bulantı kusma durumu olduğu belirtilmiştir. Sıklıkla gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkan, aşırı bulantı kusma ile karakterize bir durumdur. HG, gebelerin %0,5-3'ünü etkilemekte ve gebeliğin erken döneminde gebelerin %50-90'ı bulantı kusma deneyimlemektedir (93). Gebede dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği ve kilo kaybı sebebiyle intravenöz sıvı tedavisi ve hastaneye yatışının gerekebileceği belirtilmiştir (94). Hemoglobinde açlık asidozu meydana gelir. Kusmalar nedeniyle hipokloremik alkaloz zamanla daha ön plana geçer. Açığa çıkan potasyum oligüri nedeniyle atılamadığından ileri vakalarda hiperpotasemi nedenli apati, patolojik EKG bulguları görülebilir. Bu hastalarda karaciğer fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı olarak transaminazların arttığı, hipoproteinemi özellikle hipoalbuminemi görüldüğü, bilirubin yükselmesiyle ikter izlendiği belirtilmiştir. Böbrek fonksiyonlarında bozulma sonucu olarak kanda ürik asit, BUN, kreatinin yükselebildiği bildirilmiştir (95). Bulantı kusması olan gebelerde beslenememeye bağlı dehidratasyon ve bunun fizik muayene belirtisi olarak da göz

kürelerinde çöküklük, ağızda kuruluk ve aşırı susuzluk hissi görülebilir. Ciddi bulantı-kusması olan hastalarda artan keton cisimcikleri nedeniyle kanda aseton ve idrarda keton pozitifliğinin görülebildiği belirtilmiştir (96). Çalışmamızda hastaların cerrahi batın, AGE ve doğum dışı durumlarda keton pozitifliği yüksek saptandı. Bu durum hastalarda açlık, bulantı/kusma ve sıvı kaybı ile ilişkili olabilir.

Gebelikte karaciğer fonksiyon testlerinde de değişiklikler olabilir. Alkalen fosfataz artar, albumin azalır, transaminaz ve billuribin seviyesinde değişiklik olmaz (5).Gebelik boyunca tüketime bağlı olarak trombosit sayısında azalma meydana gelir (6). Kan lökosit sayısı hafif artış gösterebilir (97); doğumdan sonra normal düzeyine geriler. Karın ağrısı ile gelen bir gebede bu ağrının obstetrik mi yoksa non-obstetrikmi olduğunu ayırt etmek gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada gebelikte hemoglobin ve hematokrit seviyeleri 2. ve 3. trimesterlerde anlamlı olarak azalmış, platelet seviyelerinde ise farklılık izlenmediği belirtilmiştir (98). Başka bir çalışmada hematokrit değerlerine göre birinci ve üçüncü trimester arasında çok anlamlı derecede düşüş izlendiği, hemoglobin değerleri incelendiğinde birinci ve ikinci trimester arasında anlamlı, birinci ve üçüncü trimester arasında ileri derecede anlamlı azalma olduğu belirtilmiştir (99). Çalışmamızda gebelik haftasının; nötrofil düzeyi ile pozitif, hemoglobin ve plateletin negatif yönü korelasyon verdiği; karaciğer enzimlerinin korelasyon vermediği saptandı. Gebelik haftası ilerledikçe demir eksikliğinin artmasına bağlı olarak hemoglobin düzeyinde azalma olacağı kanaatindeyiz. Gebelikte artan lökositlerin hormonlarla sitokinler arasındaki etkileşim sonucu olmuş olabileceğini düşünmekteyiz. Platelet düşüklüğü ise plazma volüm genişlemesi ve buna bağlı hemodilüsyon olması ve trombosit ömrünün kısalmasına bağlı olmuş olabilir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmanın tek merkezli olması, hasta ve kontrol gruplarında benzer gebelik haftaları sağlanamaması çalışmanın en büyük kısıtlılığıdır. Çalışmanın sonuçlarını genellenemez.

Hastaların gebelik öncesi kan değerleri ve geçmiş hastalık öyküsü bilinmemektedir.



7. SONUÇ

Sağlık alanında bazı parametreler gerek tanı konması gerekse tanının erken konmasına yardımcı olmaktadır. Erken tanımaternal ve fetal kayıp gibi birçok olumsuz sonucun ortaya çıkmasını engellemektedir.

Akut batın varlığının yaş ve gebelik haftası ile arasında ilişki saptanmadı.

Akut batın ve kontrol grubu arasında prokalsitonin ve hemoglobin değerleri arasında fark saptanmadı. WBC, nötrofil sayısı ve yüzdesi akut batın grubunda daha yüksek saptandı.

Akut batın alt gruplarında; gruplar arasında yaş, WBC, nötrofil sayısı, nötrofil yüzdesi, hemoglobin, platelet, AST, ALT, GGT, direk bilirubin düzeyleri arasında farklılık saptanmadı. Doğum eylemi başlayan hastaların gebelik haftası anlamlı olarak yüksek saptandı.

Akut batın tanılı olguların %91,7'sinde TİT'te patoloji saptandı. Akut batın alt gruplarında; TİT'te patoloji varlığı, lökosit esteraz, eritrosit varlığı, bakteri ve keton varlığı açısından farklılık saptanmadı.

Gebelik haftası nötrofil düzeyi ile pozitif yönde zayıf korelasyon, hemoglobin ve platelet düzeyi ile negatif yönde orta düzeyde korelasyon göstermekteydi.

Sonuç olarak, akut batını olan hastalarda WBC, nötrofil ve nötrofil oranları spesifik tanıya yönlendirmese de, hastada akut batın varlığını düşündürmektedir. Hastanın yakın genel durum takibi, sık fizik muayenesi yapılmalı ve hospitalizasyon eşiği düşük tutulmalıdır. Bu konuda daha geniş serilerde ve çok merkezli yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

1. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2007;131(1):4-12.
2. Coleman MT, Trianfo VA, Rund DA. Nonobstetric emergencies in pregnancy: trauma and surgical conditions. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1997;177(3):497-502.
3. Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovich N, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *The American Journal of Surgery*. 2007;193(2):223-32.
4. Cormier CM, Canzoneri BJ, Lewis DF, Briery C, Knoepp L, Mailhes JB. Urolithiasis in pregnancy: current diagnosis, treatment, and pregnancy complications. *Obstetrical & gynecological survey*. 2006;61(11):733-41.
5. Bacq Y, Zarka O, Brechot J, Mariotte N, Vol S, Tichet J, et al. Liver function tests in normal pregnancy: a prospective study of 103 pregnant women and 103 matched controls. *Hepatology*. 1996;23(5):1030-4.
6. TIP S. Gebelik Döneminde Gebelikle İlişkili Olmayan Akut Karın Nedenleri ve Tedavileri. *Selçuk Tıp Derg*. 2013;29(4):192-9.
7. Kilpatrick CC. Approach to acute abdominal pain in pregnant and postpartum women. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-abdominal-pain-in-pregnant-and-postpartum-women> Son erişim tarihi: 28.12.2018.
8. Costantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in pharmacology*. 2014;5:65.
9. Akıcı A, Tamirci M, Gören MZ. Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Değişikliklerin Farmakokinetik Mekanizmalar Üzerine Etkileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 7(2):71-7.
10. Rogers VL, Cox S. Obstetrics& Obstetric Disorders. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. Eds. McPhee SJ, Papadakis MA, 50th ed. Mc Graw Hill. 2011.p.754-78.
11. Koca YS, Yıldız İ, Yılmaz E. Miad Gebelikte Nadir Bir Akut Karın Nedeni; Adneksiyal Torsiyon. *Causapedia*. 2014;3:914.
12. Gebelikte akut karın. *Klinikte obstetri ve jinekoloji*. Güneş Tıp Kitabevleri. Çeviri Editörü N. Çiçek. 2007 Sayfa 365-76.

13. Gebelikte akut batin. <https://docplayer.biz.tr/3797626-Gebelikte-akut-batin-genel-bilgi-klinik-bulgular-a-anamnez-b-fizik-muayene-ayirici-tani.html> Son erişim tarihi:25.12.2018.
14. Chohan L, Kilpatrick CC. Laparoscopy in pregnancy: a literature review. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2009;52(4):557-69.
15. Baron KT, Arleo EK, Robinson C, Sanelli PC. Comparing the diagnostic performance of MRI versus CT in the evaluation of acute nontraumatic abdominal pain during pregnancy. *Emergency radiology*. 2012;19(6):519-25.
16. Furey EA, Bailey AA, Pedrosa I. Magnetic resonance imaging of acute abdominal and pelvic pain in pregnancy. *Topics in Magnetic Resonance Imaging*. 2014;23(4):225-42.
17. Groen RS, Bae JY, Lim KJ. Fear of the unknown: ionizing radiation exposure during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012;206(6):456-62.
18. Aygencel G, Yılmaz U, Karamercan M, Karamercan A, İlhan MN. Acil Serviste Karin Ağrısını Değerlendirmenin Maliyeti. *Gazi Medical Journal*. 2009;20(1):7-12.
19. Kapan SE, Kapan M. Pregnancy and acute abdomen. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences General Surgery*. 2005;1(4):84.
20. Koratala A, Bhattacharya D, Kazory A. Chronic Kidney Disease in Pregnancy. *Southern medical journal*. 2017;110(9):578-85.
21. Miranda ASL, Castro L, Rocha MJ, Cardoso L, Reis I. Uterine Rupture in Early Pregnancy. *Int J Pregn & Chi Birth*. 2017;2(6):46.
22. Ware CA, Buhimschi CS, Zhao G, Cackovic M, Bhtiyer MO, Buhimschi IA. 110: Proteasome levels and activity are altered in human pregnancy in the setting of intra-amniotic infection, inflammation (IAI) and preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;218(1):S79-S80.
23. Kim H-S, Park J-E, Kim S-Y, Kim J-E, Chae S-H, Sohn I-S, et al. Incarceration of early gravid uterus with adenomyosis and myoma: report of two patients managed with uterine reduction. *Obstetrics & gynecology science*. 2018;61(5):621-5.
24. Neiger R, Sonek JD, Croom CS, Ventolini G. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas. *The Journal of reproductive medicine*. 2006;51(9):671-4.

25. Hasson J, Tsafrir Z, Azem F, Bar-On S, Almog B, Mashiach R, et al. Comparison of adnexal torsion between pregnant and nonpregnant women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(6):536. e1-. e6.
26. De AI, Pezzuto C, Nardelli G, Modena A. Cesarean delivery through deliberate posterior hysterotomy in irreducible uterine torsion: case report. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2010;81(2):141-3.
27. Fatih FF, Gowri V, Rao K. Unusual presentation of more common disease/injury: Uterine torsion in second trimester of pregnancy followed by a successful-term pregnancy. *BMJ case reports*. 2012;2012:bcr2012006359.
28. Chase DM, Sparks DA, Dawood MY, Perry E. Cecal volvulus in a multiple-gestation pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2009;114(2):475-7.
29. Wolff J, Jung P, Adam G, Jakse G. Non-traumatic rupture of the urinary tract during pregnancy. *British journal of urology*. 1995;76(5):645-8.
30. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterology Clinics*. 2003;32(1):235-61.
31. Barut B, Gönültaş F, Gök AFK, Şahin TT. Management of acute cholecystitis during pregnancy: A single center experience. *Ulusal Travma Dergisi*. 2018.
32. Karsenti D, Bacq Y, Bréchet J-F, Mariotte N, Vol S, Tichet J. Serum amylase and lipase activities in normal pregnancy: a prospective case-control study. *The American journal of gastroenterology*. 2001;96(3):697.
33. Zingone F, Sultan AA, Humes DJ, West J. Risk of acute appendicitis in and around pregnancy: a population-based cohort study from England. *Annals of surgery*. 2015;261(2):332-7.
34. Bodner J, Windisch J, Bale R, Wetscher G, Mark W. Perforated right colonic diverticulitis complicating pregnancy at 37 weeks' gestation. *International journal of colorectal disease*. 2005;20(4):381-2.
35. Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2013;209(1):1-10.
36. Lier M, Malik R, Waesberghe J, Maas J, Rumpt-van de Geest D, Coppus S, et al. Spontaneous haemoperitoneum in pregnancy and endometriosis: a case series. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(2):306-12.

37. Bloom SL, Uppot R, Roberts DJ. Case 32-2010: a pregnant woman with abdominal pain and fluid in the peritoneal cavity. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(17):1657-65.
38. Delke I. Psoas abscess in obstetrics: uncommon condition with common presentations. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;116(2):473-4.
39. Tarraza HM, Moore RD. Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surgical Clinics of North America*. 1997;77(6):1371-94.
40. Zhang Y, Zhao Y-y, Jie Q, Ye R-h. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chinese medical journal*. 2009;122(5):521-4.
41. Mourad J, Elliott JP, Erickson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2000;182(5):1027-9.
42. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. *The American journal of surgery*. 1990;160(6):571-6.
43. Yagci MA, Sezer A, Hatipoglu AR, Coskun I, Hoscoskun Z. Gebelikte akut apandisit/Acute appendicitis in pregnancy. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010;37(2):134.
44. Eryilmaz R, Şahin M, Baş G, Alimoglu O, Kaya B. Acute appendicitis during pregnancy. *Digestive surgery*. 2002;19(1):40-4.
45. Tekin YK, Oğuztürk H, Turtay MG, Beytur A, Çelik E. Gebelikte Akut Karın Tanı Zorluğu: Olgu Sunumu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2012;28(3):167-9.
46. Karakuş A, Aydoğan A, Akkçük S, Duru M, Kuvandık G. Gebe akut apandisit olgusu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 3(09):33-6.
47. Behar J. Clinical aspects of gallbladder motor function and dysfunction. *Current gastroenterology reports*. 1999;1(2):91-4.
48. Axelrad A, Fleischer D, Strack L, Benjamin S, Al-Kawas F. Performance of ERCP for symptomatic choledocholithiasis during pregnancy: techniques to increase safety and improve patient management. *American Journal of Gastroenterology*. 1994;89(1):109-12.
49. Artunc B, Ikiz N. Gebeliğin İntrahepatik Kolestazı: Olgu Serisi. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2015;26(1):75-9.

50. Altınbaş ŞK, Karçaaltıncaba D, Kandemir Ö, Yalvaç S. İntrahepatik gebelik kolestazı: 33 vakanın maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2013;4:171-5.
51. Heinonen S, Kirkinen P. Pregnancy outcome with intrahepatic cholestasis. Obstetrics & Gynecology. 1999;94(2):189-93.
52. Şahan C. Gebeliğin intrahepatik kolestazı. Güncel Gastroenteroloji Derg. 2004;8(3):205-11.
53. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LÅ. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. Hepatology. 2004;40(2):467-74.
54. Davidson KM. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Seminars in perinatology. 1998;22(2):104-11.
55. Yanık F. Gebelik kolestazı. <https://docplayer.biz.tr/35011520-Gebelik-kolestazi-prof-dr-filiz-yanik-baskent-universitesi-tip-fakultesi-kadin-hastaliklari-ve-dogum-anabilim-dali-perinatoloji-bilim-dali.html> Son erişim:28.12.2018.
56. Serrano MA, Brites D, Larena MG, Monte MJ, Bravo MP, Oliveira N, et al. Beneficial effect of ursodeoxycholic acid on alterations induced by cholestasis of pregnancy in bile acid transport across the human placenta. Journal of hepatology. 1998;28(5):829-39.
57. DAĞ ZÖ, ÇİL AP. Tanısı Atlanan bir Olgu Nedeniyle Gebeliğin İntrahepatik Kolestazı ve Yönetimi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 14(3):42-5.
58. Çelik Acioğlu H, Api O, Turgut A, Unal O. Tekralayıcı gebelik kolestazı: Olgu sunumu.
59. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals. Obstetrics and gynecology. 2008;112(5):1075.
60. Wang G-J, Gao C-F, Wei D, Wang C, Ding S-Q. Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis. World journal of gastroenterology: WJG. 2009;15(12):1427.
61. Geng Y, Li W, Sun L, Tong Z, Li N, Li J. Severe acute pancreatitis during pregnancy: eleven years experience from a surgical intensive care unit. Digestive diseases and sciences. 2011;56(12):3672-7.

62. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2007;11(12):1623-7.
63. Turhan AN, Gönenç M, Kapan S, İslim F, Öner OZ, Tulubaş E, et al. Acute biliary pancreatitis related with pregnancy: a 5-year single center experience. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2010;16(2):160-4.
64. Gündüz E, Zengin Y, ÜLGER B, Icer M, Dursun R, Güllü MN. Demographic properties and clinical outcomes of acute pancreatitis in pregnancy: Our experience of 33 patients. *Acta Medica*. 2014;30:1285.
65. Li H-p, Huang Y-j, Xuan C. Acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center clinical experience. *Chinese medical journal*. 2011;124(17):2771-5.
66. Fidan U, Öztürk M, Candemir G. Herniated Term Gravid Uterus Through an Umbilical Hernia: Case Report. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012;22(4):247.
67. Banerjee N, Deka D, Sinha A, Prasad R, Takkar D. Gravid uterus in an incisional hernia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2001;27(2):77-9.
68. Saha PK, Rohilla M, Prasad G, Dhaliwal LK, Gupta I. Herniation of gravid uterus: report of 2 cases and review of literature. *Medscape General Medicine*. 2006;8(4):14.
69. Hessen MT, Kaye D, Zuckerman JM. Infections associated with foreign bodies in the urinary tract. *Infections Associated with Indwelling Medical Devices, Third Edition: American Society of Microbiology*; 2000. p. 325-44.
70. Cengiz B, Söylemez F. Gebelik ve İdrar Yolu Enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001;11(6):441-5.
71. Çolak H. Gebelik, doğum ve abortusla ilgili enfeksiyonlar. *İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi Editörler: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, syf. 2002;1:1089-101.*
72. Delibaş İB, Özsoy AZ, Nacar MC, Çakmak B, Doğru H, İşgüder ÇK, et al. Tokat İlinde Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran Gebelerde İdrar Yolu Enfeksiyonu: Üç-Yıllık Değerlendirme. *Journal Of Contemporary Medicine*. 2016;6(2):100-3.

73. Masinde A, Gumodoka B, Kilonzo A, Mshana S. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *Tanzania journal of health research*. 2009;11(3):154-9.
74. Soleymanizadeh L, Abbaszadeh A, Arab M, Danesh A, Nasri N. Assessment of High Risk Pregnancy in Bam Mahdieh Maternity Hospital, 2001. *J Shahrekord Univ Med*. 2004;6(2):67-73.
75. Bookallil M, Chalmers E, Bell A. Challenges in preventing pyelonephritis in pregnant women in Indigenous communities. *Rural and remote health*. 2005;5(3):Article No. 395.
76. Turpin C, Minkah B, Danso K, Frimpong E. Asymptomatic bacteriuria in pregnant women attending antenatal clinic at komfo anokye teaching hospital, kumasi, ghana. *Ghana medical journal*. 2007;41(1):26.
77. Tadesse A, Negash M, Ketema L. Asymtomatic bacteriuria in pregnancy: assesment of prevlence, microbial agents and ther antimicrobial sensitivty pattern in Gondar Teaching Hospital, north west Ethiopia. *Ethiopian medical journal*. 2007;45(2):143-9.
78. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları (Nasıl Tedavi Edelim). *Hacettepe Tıp Dergisi* 2001;32:154-9.
79. Horowitz E, Schmidt JD. Renal calculi in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1985;28(2):324-38.
80. Ercan Ş, Yücel N, Özer RS, Orçun AK. Yaş ve Cinsiyete Göre İdrar Nitrit ve Lökosit Esterazın Tanı Performansları. *Türk Klinik Biyokimya Derg* 2014; 12(2): 91-8
81. Devillé WL, Yzermans JC, Van Duijn NP, Bezemer PD, Van Der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *BMC urology*. 2004;4(1):4.
82. Özsüt H. Üriner Sistem Enfeksiyonları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2002; 225-32.
83. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1998;41(3):597-605.
84. Reinhardt M, editor *Effects of parasitic infections in pregnant women*. Ciba Foundation Symposium; 1980.

85. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M. Unat'ın Tıp parazitolojisi. Baskı Cerr Tıp Fak Vakfı Yay. 1995;15:206-8.
86. Yılmaz H, Gül A, Dilek İ, Göz Y. Hamile Kadınlarda Barsak Parazitolojilerinin Dağılımı. Van Tıp Dergisi. 1999;6(1):5-8.
87. Yıldırım G, Hotun Şahin N. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7(1):14-20.
88. Köksal Ö, Taşçı Duran E. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2013;6(3):144-8.
89. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. Pain management nursing. 2003;4(2):54-61.
90. Oludağ T. Gebelikte prokalsitoninin subklinik intraamniotik enfeksiyon tanısında ve erken membran rüptürünün takibindeki yeri ve önemi: Uzmanlık Tezi, İzmir; 2009.
91. Çetinkaya O. Acil Servise sağ alt kadranda ağrısıyla başvuran hastalarda kullanılan alvarado skorlaması ile prokalsitonin düzeyinin karşılaştırılması ve akut apandisit tanısına etkisi. Eskişehir. 2014.
92. YARDAN T, Selim G, BAYDIN A, NURAL MS, AYDIN M, AYGÜN D. Acil Serviste Akut Pankreatit Tanısı Alan Hastaların Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(2):124-8.
93. Pirimoglu Z, Guzelmeric K, Alpay B, Balcık O, Unal O, Turan M. Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire. Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology. 2010;37(1):56.
94. Bottomley C, Bourne T. Management strategies for hyperemesis. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(4):549-64.
95. Frigo P, Lang C, Reisenberger K, Kölbl H, Hirschl AM. Hyperemesis gravidarum associated with Helicobacter pylori seropositivity. Obstetrics & Gynecology. 1998;91(4):615-7.
96. Sucu M. Gebelikte bulantı kusması olan kadınların hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesinde PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) skorlaması ile fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması. TC Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, Adana. 2009.

97. Kuvin SF, Brecher G. Differential neutrophil counts in pregnancy. New England Journal of Medicine. 1962;266(17):877-8.
98. Özdemirci Ş, Koç Ö, Topçuoğlu A, Buğdaycı G, Duran B. Sağlıklı Gebelerde Gebelik Trimesterleri Boyunca Kan Lipid-Lipoprotein ve Biyokimyasal Parametrelerin Değişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010;20(5):304-9.
99. Üner A, Oğuz R, Kazancıoğlu TA. Gebelikte Saptanan Demir Eksikliği Anemisi İnsidansı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1997;1(4):204-7.



9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Bilge KARACA
Doğum Yeri-Tarihi : Seyhan/ADANA – 02.08.1989
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni Durumu : Evli
İletişim Adresi ve Telefon : drbilgeakdemir@hotmail.com / 0506 997 57 66
Yabancı Dil : İngilizce

Eğitim Bilgileri

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2015-Halen)
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2014)
Mersin Fen Lisesi (2003-2006)
Ö.Ç. Bilfen Ortaokulu (2000-2003)
İsmet İnönü İlköğretim Okulu (1995-2000)

Ünvan

Araştırma Görevlisi

Mesleki Deneyim

Kulu Devlet Hastanesi (Eylül 2014 - Ocak 2015)
Acil Tıp Asistanı - Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Ankara (Ocak 2015- Halen)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD)

Kurslar ve Eğitim Seminerleri

TATD İleri EKG Kursu (7-8 Nisan 2016)

TATD Acil Travma Yönetim Kursu (12-14 Ekim 2016)

TATD Temel Ultrasonografi Eğitim Programı (18-19 Ocak 2017)

TATD Acil Tıp Asistan Sempozyumu (Mart 2017 Adana)

TATD İleri Ultrasonografi Eğitim Programı (2 Mart 2018)

TATD Kurs Günleri Kongresi (5-8 Nisan 2018)

Kanıtı Dayalı Acil Travma Yönetimi Kursu (KADAT 19-22 Aralık 2018)

10.ETİK KURUL ONAY



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

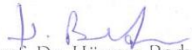


Sayı : E.Kurul –E-18-2231

2231-no'lu çalışma

Hastanemiz Acil Tıp Kliniği'nden "Acil Servise Karın Ağrısı İle Başvuran Gebe Hastaların İnflamatuvar Belirteçleri Ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

04/10/2018


Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat: Etik Kurul EKadioğlu
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 59 10

