

ÇOCUKLARDA KARIN MUAYENESİ

Dr. Ceyda TUNA KIRSAÇLIOĞLU

HASTAYA YAKLAŞIM VE HAZIRLANMA:

Fizik muayenenin sakin, yeterli ışığa sahip ve sıcak bir ortamda yapılması gereklidir. Hastaları muayene etmeden önce ve sonra ellerimizin temizliği sağlanmalı, ellerimiz soğuk olmamalıdır. Çocukların da, endişe ve korkuları azaltılmalı, sakin olmaları muayenede daha doğru bir değerlendirme elde etmemizi sağlamaktadır. Giysileri anne ya da çocuğu getiren kişinin çıkarması uygun olur. Hasta sırt üstü yatırılır, tüm karın görülecek şekilde giysiler açılır. Çocukların endişeli olduğu durumlarda, gerekirse muayeneye anne kucağında başlanabilir. Karın muayenesi inspeksiyon, oskultasyon, palpasyon ve perküsyon ile yapılır.

İNSPEKSİYON

Karın her iki kosta yayının alt sınırından geçen ve her iki spina iliaka anterior süperioru birleştiren iki horizontal çizgi ve bunları kesen midklavikular hattan aşağı inen 2 dikey çizgi ile 9 kadrana ayrılır. Ayrıca ksiphoid ve symphis pubisden geçen dikey çizgi ile, bunu kesen göbekten geçen horizontal çizgi ile 4 kadranda da incelenebilir.

İnspeksiyonda karın cildi özellikleri, solunum sırasında karın hareketleri, karnın solunuma katılması, karnın genel görünümü, cilt lezyonları, bölgesel/yaygın şişlik varlığı, vasküler yapılar, fitik varlığı değerlendirilir.

Solunum sırasında karnın solunuma katılması sağlıklı yenidoğanlarda belirgindir. Kronik akciğer hastalıklarında, göğüs kaslarının tutulduğu hastalıklarda artar. Asit, karnın içi kitle vb durumlarda azalır.

Çökük karın, diafragma hernisi ,aşırı zayıflık varlığında görülebildiği gibi, bombelik gaz, asit, organomegali, ve kitle varlığına bağlı olabilir. Aşırı gaz; hava yutma, malabsorbsiyon durumları (çölyak hastalığı, kistik fibrozis vb....) ve ileus nedeni ile olabilir. Sıvı varlığı hipoalbuminemi, lenfatik dreneaj anomalileri, portal/hepatik ven trombozu ile ilişkili olabilir. Karaciğer, dalak, böbrek büyümesine ve barsaklarda aşırı genişlemeye bağlı, ya da yumuşak doku, böbrek vb. kaynaklı tümörler vb, nöroblastom ve lenfomaya bağlı olarak gelişebilir.

Yüzeyel venlerde genişleme, vena cava tıkanması, portal ven trombozu ile ilişkili olabilir.

Fıtıklar, göbek, epigastrium ve inguinal bölgede öksürme ya da ıkınma sırasında daha belirgin olarak görülebilir.

Bağırsaklardaki peristaltizm artışı pilor stenozu ve ileus varlığında görülebilir.

OSKULTASYON

Palpasyon ve perküsyon öncesinde yapılmalıdır. Dakikada 4-6 adet metalik peristaltik ses duyulur. Paralitik ileusda , cerrahi girişim sonrası barsak sesi duyulmaz. Peritonit ve obstruksiyonlarda yüksek frekanslı tiz ses duyulabilir. İshal, mekanik ileus durumunda (proksimalde) barsak sesleri artmıştır.

Ayrıca venöz üfürüm ve arterial üfürüm duyulabilir. Portal HT da umblikal-paraumblikal

venlerin açılması ile göbek çevresinde duyulan venöz üfürüm Cruveilhier Baumgarten bulgusu olarak adlandırılır. Arteriyal üfürümler aort, renal ,mezenterik ve iliak arter stenozuna bağlı olabilir.

PALPASYON

Palpasyonda ellerin sıcak olması önemlidir. Hem parmak uçları, hem de avuç içi karına konularak hafifçe basılarak hassas olmayan bölgeden, mümkün olduğunca alt kadranslardan başlanarak yapılır. Elin tamamen karından kaldırılmadan yapılması önemlidir. Ciltte lipom, kist, fibrom, abse palpe edilebilir. Ayrıca diastazis rekti, hipertrofik pilor, fıtıklar palpe edilebilir. Palpasyonda karaciğer, dalak, böbrekler, mesane ve bağırsaklar değerlendirilmelidir. Ayrıca pulsasyon, hassasiyet (lokal/ yaygın) varlığı değerlendirilmelidir.

Karaciğerin, yenidoğanda MKH'da kosta altında 2-3 cm, 4-5 yaşına kadar 1-2 cm. ele gelmesi normaldir. Normalde künt ve orta sertliktedir, ağırlı değildir. Karaciğer büyümesi kalp hastalıkları, hepatit (enfeksiyöz, toksik...vb), depo hastalıkları, metabolik hastalıklar, tümörler vb. ile ilişkili olabilir. Sirozda sert, keskin kenarlı bir karaciğer palpe edilebilir. Trikuspid yetmezlik, konjestif kalp yetmezliğinde karaciğer lojunda sistolik pulsasyon alınabilir.

Dalak palpasyonda yenidoğanlarda normalde 1cm. kadar MKH'da ele gelebilir. Akciğer havalanmasının arttığı durumlarda aşağı itilmesi ile ya da zayıf çocuklarda ligaman gevşekliği nedeni ile ele gelebilir. İnspiryumda dalağın parmağa çarpması beklenir. Splenomegali enfeksiyon hastalıkları, depo hastalıkları, maligniteler/infiltratif hastalıklar, hematolojik hastalıklar, portal hipertansiyon ile ilişkili olabilir.

Böbrekler, retroperitoneal organlardır. Bimanuel muayene denilen yöntemle iki el ile palpe edilir. Bir elimiz lomber bölgeden yukarı doğru iterken, diğer elimizle aynı bölgeden karın üst kısmından aşağı doğru iterek, iki el arasında böbreklerin ele gelip gelmediği değerlendirilir. Yenidoğanda, polikistik böbrek hastalıkları, multikistik böbrek displazisi, hidronefroza böbrekler palpe edilebilir.

Retroperitoneal kitleler de bimanuel yöntemle değerlendirilebilir. Kitlenin yeri, kıvamı,büyüklüğü,hareketliliği, ağrı varlığı değerlendirilir.

Mesane,gergin ve dolu olduğu zaman pubis üzerinde esnekliği olan top gibi hissedilir.

Abdominal aort anevrizmasında orta hatta trıl alınabilir.

PERKÜSYON

Ksiphoidden başlanarak aşağı doğru ışınsal tarzda sol elin orta parmağına vuracak şekilde perküsyon yapılır. Normalde timpan ses alınır, asit varlığında açıklığı yukarı bakan konkavite şeklinde matite duyulur.

Karaciğer 4-5. kosta aralarında submatite, 6. IKA da mutlak matite başlar. Bu şekilde pitotik karaciğer ayırt edilebilir.

Dalak perküsyonunda solda 10. MKH.da matite alınır, ancak ön koltuk altı çizgisini aşyorsa patolojiktir. Dalak büyüklüğünde, üstte 6. kot, ön koltuk altı çizgisi, altta kot kavsi arasında kalan traube alanında matite alınır.

Traube aralığında mat sesin diğer nedenleri aşağıda verilmiştir.

1. Dolu mide (muayene öncesi yemek yemiş olmak)
2. Sol plevral effüzyon
3. Perikardit
4. Karaciğer sol lob büyümesi
5. Dekstrokardia
6. Mide tümörleri
7. Fundus tümörleri

8. Sol kolon fleksura tümörleri

9. Sol böbrek büyümesi