

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINDA GÖZDEN KAÇAN İNCEBARSAK YARALANMASI: OLGU SUNUMU

Missed Intestinal Injury in Abdominal Firearm Injury: A Case Report

Mustafa Uğur¹, Cem Oruç¹, Seçkin Akkücü¹, Erol Kılıç¹, Cebrail Yetkin¹,
Mustafa Şahan², Akın Aydoğan¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, HATAY

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Hatay

ÖZ

Yüksek kinetik enerjili ateşli silahlarla meydana gelen abdominal yaralanmalarda ilk laparotomide gözden kaçan yaralanmalar özellikle savaş bölgelerinde sık karşılaşılan bir durumdur. En önemli sebebi yetersiz cerrahi eksplorasyon ve cerrahın deneyimsiz olmasıdır. Çok erken tespit edilerek tedavi edilenler dışında mortalite oranı yüksektir. Önlenmesi için yaralıların değerlendirilmesi ve eksplorasyonu sistematik bir şekilde yapılmalıdır. Hemodinamik olarak instabil olan yaralılarda hasar kontrol cerrahisi prensipleri uygulanmalıdır. Bu yazıda yüksek kinetik enerjili ateşli silahla abdominal bölgeden yaralanma sonrası laparotomi yapılan, ancak peritonit gelişmesi üzerine hastanemize gönderilen ve relaparotomide incebarsakta gözden kaçan yaralanma tespit edilen 21 yaşındaki erkek hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: Gözden kaçan yaralanma, Ateşli silah yaralanması, Hasar kontrol cerrahisi

ABSTRACT

Missed injuries during the first laparotomies in abdominal injuries by weapons with high kinetic energy are common. The most common reasons are inefficient surgical explorations and inexperience of the surgeon. Mortality rate is high but early detection and initial treatment can reduce mortality. To avoid missed injuries abdominal exploration should be performed systematically. Damage control principles should be preferred in patients with unstable hemodynamic. We aimed to present a 21 years old patient with missed intestinal injury detected in relaparotomy.

Key words: Missed injury, Firearm injury, Damage control surgery

Gönderme tarihi / Received: 14.07.2015 Kabul tarihi / Accepted: 21.10.2015

İletişim: Mustafa UĞUR Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., HATAY

E-posta: drmustafaugur@gmail.com

GİRİŞ

Laparotomi kararı verilen ateşli silah yaralanmalarında gözden kaçan yaralanmalar tedavisi güç bir sorun olmaya devam etmektedir. Savaşlar sebebiyle kaçınılmaz olarak sağlık koşullarının kötüleştiği bölgelerde bu durumla daha sık karşılaşılmaktadır (1). Ayrıca gözden kaçan yaralanmalar abdominal ateşli silah yaralanmalarında relaparatominin önde gelen sebeplerindedir. Çok erken yapılanlar dışında mortalitesi yüksektir (2,3). Bu yazıda komşu bir ülkedeki iç savaşta yaralanarak aynı ülkede laparotomi yapılan ancak peritonit gelişmesi üzerine hastanemize gönderilen ve yapılan relaparatomide, gözden kaçan yaralanma tespit edilen 21 yaşındaki erkek hastayı sunduk.

OLGU

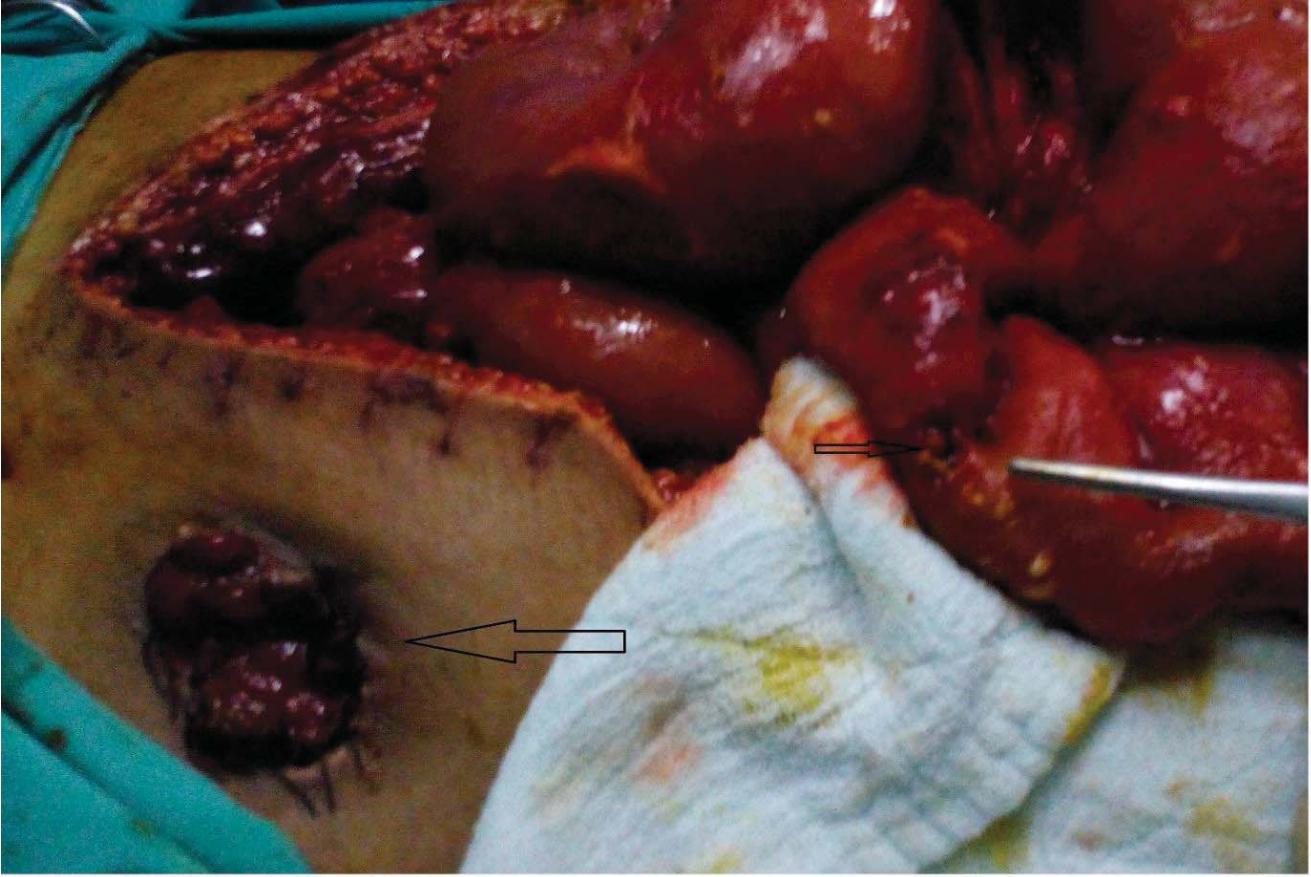
Komşu bir ülkedeki iç savaşta 3 gün önce abdominal bölgeden yaralanan 21 yaşında erkek hasta savaş alanına yakın bir hastanede ameliyat edilmiş. Ameliyattan 2 gün sonra drenlerinden ve yara yerinden safralı drenajı olmuş. Genel durumu giderek bozulan hasta hastanemize gönderilmiş. Bu süre içinde hastaya 7 ünite eritrosit süspansiyonu verildiği gönderilen bilgi notundan anlaşıldı. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta-kötüydü. Sistolik kan basıncı 85 mmHg, nabız 126/dakika, aksiller ateş 36,1 °C olarak ölçüldü. Karın orta hatta enfekte ve safra sızıntısı olan insizyon mevcuttu. Karın sol alt kadranda ostomi ağzı bulunmaktaydı. Karın tüm kadrarlarda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı 23000 ml, hemoglobün 7,8 mg/dl olarak ölçüldü. Hastaya relaparotomi yapılması kararlaştırıldı. Öncelikle hasta, yoğun bakım ünitesine alınarak internal juguler katater takıldı ve sıvı resusitasyonuna başlandı. 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Enfeksiyon hastalıkları ile

görüşülerek geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Yaklaşık 8 saatlik resusitasyondan sonra hemodinamik stabilitesi sağlanan hasta ameliyata alındı. Ameliyatta yapılan gözlemede karın içinin ileri derecede enfekte materyal ve barsak içeriği ile dolu olduğu görüldü. Hastaya ilk ameliyatta subtotal kolektomi, dört yerde incebarsak onarımı yapıldığı ve uç ileostomi açıldığı görüldü. Treitz ligamanından 150 cm distalde yaklaşık 0,5 cm' lik bir perforasyon olduğu ancak buraya herhangi bir müdahalede bulunulmadığı görüldü (**Resim 1**). Diğer suture edilen perforasyon alanlarından kaçak olmadığı gözlemlendi. Karın içi yıkanıp temizlendikten sonra perforasyon alanı genişletilerek karın sağ alt kadrardan loop ileostomi açıldı. Karın içi ve cildi enfekte olduğundan Bogota bağ yardımıyla kapatıldı. Enfeksiyonun kontrol altına alındığı 5. günde cilt yaklaştırılarak kapatıldı. Takiplerinde genel durumu düzelen ve oral alımında sorun olmayan hasta 15. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Savaş bölgelerinde ateşli silahlarla meydana gelen penetran abdominal yaralanması bulunan hastalarda en iyi yaklaşım erken laparatomidir. Laparotomide gözden kaçan yaralanmaların başlıca sebepleri ise yetersiz cerrahi eksplorasyon, zayıf cerrahi teknik ya da cerrahın deneyimsizliğidir (2, 4). Yüksek kinetik enerjili silahlarla meydana gelen abdominal yaralanmalarda uygun görüş sağlamak için ksifoidden pubise kadar uzanan orta hat insizyonu yapılmalıdır. Karın içi ve retroperitoneal organlar sistematik olarak değerlendirilmelidir. Öncelikle hayatı tehdit eden ciddi kanamalar hızla kontrol altına alınmalıdır. Ardından karaciğer ve dalak kontrol edilmeli ve barsaklar olası yaralanmalar açısından dikkatlice incelenmelidir.

Resim 1. Uç ileostomi (büyük ok) proksimalinde gözden kaçan incebarsak yaralanması (küçük ok).



Bu esnada kontaminasyon bulunması ya da fekal içerik kokusu, cerrahi barsak perforasyonları açısından uyarıcı olmalıdır.

Retroperitoneal yapılar değerlendirilerek yaralanan organlar tespit edilmeli ve gerekli görüldüğünde onarım yapılmalıdır. Diyafragma gözlenerek yaralanma varsa primer olarak onarılmalıdır. Ameliyat öncesi ya da sırasında toraks tüpü takılarak düzgün ventilasyon sağlanmalıdır. Savaşlarda abdominal bölgeden yaralananların çoğu tüm bu işlemlerin yapılmasına olanak sağlayacak kadar stabildir. Ancak kanaması geçici yöntemlerle kontrol edilebilen veya hipotermi, asidoz, hipotansiyon gelişen instabil yaralılarda nihai operasyonlar yerine hasar kontrol cerrahisi teknikleri uygulanmalıdır. Bu hastalarda uygulanan prosedürler mümkün olduğu kadar kısa sürede tamamlanmaya çalışılmalıdır.

Yaralanma nerede olursa olsun uygulanacak başlıca işlemler bağlama, splenektomi, nefrektomi, packing uygulamaları ve kontaminasyonu önlemek için primer onarımdır. Hemodinamik stabilite sağlandıktan sonra tam bir eksplorasyon yapılmalı ve nihai ameliyat yapılmalıdır (5). Penetran ateşli silah yaralanmalarında en sık yaralanan organlar sırasıyla kolon ve ince barsaktır (6). Sunduğumuz olguda relaparotomi sırasında ilk ameliyatta subtotal kolektomi, 4 yerde incebarsak onarımı ve uç ileostomi yapıldığı görüldü. Ancak incebarsaktaki bir perforasyon alanının gözden kaçtığı saptandı. İlk ameliyatta 7 ünite eritrosit süspansiyonu verildiği göz önüne alındığında hastanın hemodinamisinin stabil olmadığı anlaşılmaktadır. Buna rağmen hastaya nihai cerrahi işlemler uygulandığı görüldü. Ayrıca laparotomi için yapılan kesi orta

hatta olmakla birlikte ksifoidden pubise kadar uzanmamaktaydı. Tüm bu sebepler değerlendirildiğinde olgumuzda gözden kaçan yaralanmanın sebebi cerrahın deneyimsizliği ve hasar kontrol cerrahisi ilkelerinin uygulanmaması olarak düşünülebilir.

Sınırlı imkânlara sahip savaş bölgelerinde laparotomi kararı verilen penetran abdominal ateşli silah yaralanmalarında öncelikle hayatı tehdit eden kanama ve yaralanmalar kontrol altına alınmalıdır. Hemodinamik instabilite bulunan hastalara hasar kontrol cerrahisi prensipleri titizlikle uygulanmalıdır. Hemodinamik olarak stabil olan hastalarda ise karın içi tüm organlar dikkatlice incelendikten sonra gerekli onarımlar yapılmalıdır. Bu tip bir sistematik yaklaşımın geliştirilmesi gözden kaçan yaralanma olasılığını azaltabilir.

REFERANSLAR

1. Giannou C, Baldan M, Molde A. Injuries to Abdomen In: Giannou C, Baldan M, Molde A (editors). War Surgery Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. 1. Baskı, Switzerland: International Committee of the Red Cross;2010.p:421-82.
2. Lee WC, Chen CW, Lin YK, Lin TY, Kuo LC, Cheng YC, et al. Association of head, thoracic and abdominal trauma with delayed diagnosis of co-existing injuries in criticaltrauma patients. Injury. 2014;45(9):1429-34.
3. Scalea TM, Phillips TF, Goldstein AS, Sclafani SJ, Duncan AO, Atweh NA, Shaftan GW. Injuries missed at operation: nemesis of the trauma surgeon. J Trauma. 1988;28(7):962-7
4. Biffl WL, Kaups KL, Cothren CC, Brasel KJ, Dicker RA, Bullard MK, Haan JM, Jurkovich GJ, Harrison P, Moore FO, Schreiber M, Knudson MM, Moore EE. Management of patients with anterior abdominal stab wounds: a Western Trauma Association multicenter trial. J Trauma. 2009 May;66(5):1294-301.
5. Giannou C, Baldan M. Neglected or Mismatched Wounds. In: Giannou C, Baldan M (editors). War Surgery Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. 1. Baskı, Switzerland: International Committee of the Red Cross;2010.p: 243-251.
6. Akkucuk S, Aydoğan A, Yetim I, Uğur M, Oruc C, Kilic E, et al. Surgical outcomes of a çivil war in a neighboring country. J R Army Med Corps, 2015; doi: 10.1136/jramc-2015-000411.