

KÜNT KARIN TRAVMASINA BAĞLI İZOLE İNCE BARSAK YARALANMALARI

Kemal Emek*

Künt karın travmasına bağlı ince barsak yaralanmaları nadir görülmektedir ve bu şekilde meydana gelen karın içi yaralanmalarının % 5 ila 10'unu oluşturmaktadır (1,4,6). Sadece ince barsağın yaralanması ise son derece ender görülmektedir (7).

Solid organ yaralanmalarıyla beraber olan olgularda genellikle kanama nedeniyle laparotomi yapılmaktadır. Oysa izole ince barsak yaralanmalarında belirtiler geç ortaya çıkmakta ve tanı koymak zor olmaktadır. Bazen hastanın yakınması o derece az olmaktadır ki hastaneye baş vuran bu kişiler gözleme dahi alınmadan geri gönderilebilmektedir (7).

OLGULARIN SUNUMU

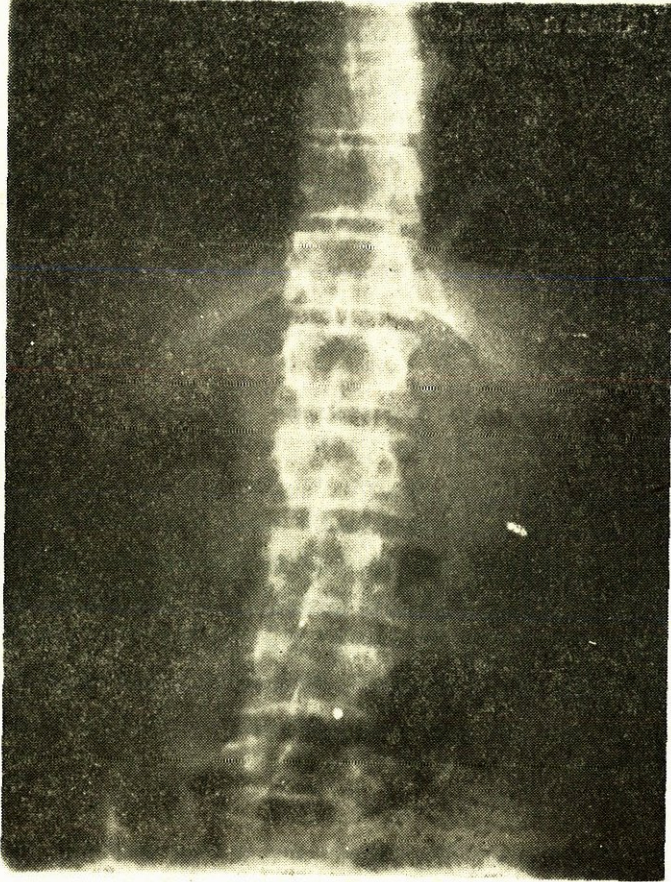
Yaşları 16 ile 43 arasında değişen (ortalama 29.3) 6 hastanın 2 tanesinde duodenum yaralanması vardı. Bunlardan 31 yaşındaki kadın hasta 2-3 m yükseklikten sadece üst karın bölgesine isabet edecek şekilde vücut eksenine dik planda bir ağaç gövdesine düşme yakınmasıyla başvurmuştu. Başvuru anında ileri derecede periton hassasiyeti bulguları vardı. Ayakta alınan direkt karın grafisinde sağ diafragma altında serbest hava gözlenmesi üzerine hemen ameliyata alındı. Duodenum 1. kısmı ön yüzünde bulunan 0.5 cm. çapındaki preforasyon alanı primer sütürle onarıldı. Hasta post-operatif 7. gün iyileşmeye taburcu edildi.

Yirmiyedi yaşındaki erkek hasta ise trafik kazası esnasında direksiyon simit'ine çarpmıştı. Olaydan 6 saat sonraki başvuru anında

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

epigastriumde deride kızarıklık karında hafif derecede ağrı haricinde yakınması yoktu. Ayakta çekilen ilk karın grafisinde patolojik bulgu saptanamadı. Bundan 3 saat sonra tekrarlanan grafide ise sağda retroperitoneal bölgede serbest hava gözlendi (Resim 1). Laparotomide duodenum 2. kısım bitiminde, arkada bulunan 3 cm'lik kısım haricinde tam yırtılma vardı. Transvers planda gelişen bu ayrılma 2 planda kapatılarak gastro-enterostomi, bilateral trunkal vagotomi yapıldı. Hasta 10 gün sonra iyileşmeyle taburcu edildi.

İki hastada jejunum, 2 hastada da ileum yaralanması tesbit edildi.



Resim 1 :

Jejunum yaralanması bulunan 1 hastaların birisinde emniyet kemeri kullanımına bağlı olarak karın derisinde laserasyon ve peritonit bulguları vardı. Hasta olaydan 5 saat sonra başvurmuştu. Bu bulgular yeterli görölerek ameliyata alınan hastanın jejunumunda görülen 1 cm uzunluğundaki perforasyon primer sütünle kapatıldı. Hasta 6 gün sonra iyileşmeyle taburcu edildi. Diğer hasta karına tekme ile vurulması sonucu yaralanmış ve 2 gün sonra hastaneye gelmişti. Karın derisinde travmaya ait bulgu yoktu. Direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri gözlemlendi. Laparotomide bulunan jejunumdaki düzensiz kenarlı yırtık nedeniyle bu kısım rezeke edildi. İki planda anastomoz yapıldı. Hasta 9 gün sonra iyileşmeyle taburcu edildi.

İleum yaralanması bulunan bir hasta karnına sert bir cisimle vurulması yakınmasıyla olay sonrasında gittiği hastaneden önemli bir şey olmadığı gerekçesiyle geri gönderilmişti. Bundan 24 saat sonra gelişen şiddetli karın ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Peritonit bulgularıyla ameliyata alındı ve ileum son kısmında bulunan 0.5 cm çapındaki perforasyon primer sütünle kapatıldı. Post-operatif dönemde kesi enfeksiyonu gelişen hasta 15. gün iyileşmeyle taburcu edildi. İleum yaralanması olan diğer hasta trafik kazasında karnına tarif edemediği bir cisim çarpması sonucu karın ağrısı yakınmasıyla olaydan 23 saat sonra hastaneye başvurmuştu. Karın derisinde göbek altında küçük bir alanda laserasyon gözlemlendi. Periton boşluğundan kan aspire edilmesi üzerine ameliyat edildi. İleum orta kısmından mezosuyla beraber ayrılmıştı. Kısmi ileum rezeksiyonu yapılan hasta 14. gün iyileşmeyle taburcu edildi.

Jejunum ve ileum yaralanması bulunan hiç bir hastada ayakta alınan direkt karın grafilerinde serbest hava gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Künt karın travmasına bağlı olarak ince barsakta intramural hematomdan barsak infarktüsüne kadar giden yaralanmalar olabilmektedir (9). Bu olgularda rastlanılan en büyük güçlük tanı koymak olmaktadır. Karacięer, dalak ve diğer karın organlarında yaralanma olmaması halinde semptomlar son derece silik olmaktadır. Böylece travmanın oluş şekli hakkında hastanın vereceği hikaye ve

fizik muayene çok büyük önem taşımaktadır. Travmaya bağlı olarak ince barsak lümeni içerisindeki basıncın aniden yükselmesi, karın duvarı ile columna vertebralis arasında kalan barsağın ezilmesi ince barsak yaralanmalarında önde gelen nedenlerdendir (5,7,8).

Duodenum yaralanmalarında eğer periton içerisine kaçak oluşmuş ise tanıda erken olunabilmektedir. Bir olgumuzda kendisini diaphragma altında serbest hava ile ortaya koyan bu durum tanıda yol gösterici olmuştur. Ancak bunun için de 23 saat geçmesi gerekmiştir. Mercer ve arkadaşlarının bir olgusunda bu süre 18 saat olmuştur (3). Eğer duodenumun retroperitoneal kısmında bir yaralanma var ise retroperitoneal sıvı veya hava birikimi olacak ve bu da oldukça geç olarak ortaya çıkacaktır. Yaralanma eğer büyük boyutta ise bu süre kısalabilmektedir. Nitekim böyle bir olgumuzda travmadan sonra 2 saat aralıklarla çekilen direkt grafilerin 2. sinde retroperitoneal hava kaçağını saptadık. Yine Mercer ve arkadaşları böyle bir olguda 31 saat sonra bu belirtiyeye rastlayabildiklerini bildirmektedirler (3). Bu yazarlar başlangıçta alınacak supine pozisyonundaki direkt karın grafisini takiben 6 ila 8 saat aralıklarla en az 48 saat buna devam edilmesi gerektiğini söylemektedirler. Lüdtke ise ilk 6 saatin sonunda alınan grafide bu belirtiyeye rastlamış ve o da bu tip hastalarda 6 saatlik aralıklarla grafi almak gerektiğini vurgulamıştır (2).

Jejunum ve ileum yaralanmalarında belirtiler çok geç ortaya çıkabilmektedir. Hastanın geçirdiği travmanın özelliği ve eğer bu karına yönelik ise ne şiddette olabileceğinin kestirilmesi tanıya gitmede çok önemlidir. Künt karın travması yapan neden karın duvarı derisinde ezilme şeklinde yaralanma meydana getiriyorsa bir ince barsak yaralanması olasıdır denilebilir. Çağımızda bu tür yaralanmalar en çok emniyet kemeriyle olabilmektedir (5,8). Jejunum kapsamı periton için mide ve duodenumda olduğu kadar irritan değildir ve aynı zamanda steril olarak kabul edilebilir. Bazı olgularda hiç bir zaman peritoneal gaz yayılımı olmaz. Tüm bunlar tanı konulmasında gecikmeye yol açmaktadır.

Duodenum yaralanmalarında perforasyon yerinin primer sütürle kapatılması tedavide yeterli olmaktadır. Büyük yaralanmalarda ve ayrılma şeklinde kopmalarda canlı kenarlar ortaya konulduktan son-

ra 2 planda kapatmak gerekebilir. Bu tür bir onarımda koruyucu bir gastro-enterostomi yapmak faydalı olacaktır.

Jejunum ve ileum yaralanmalarında da küçük perforasyonların primer suturele kapatılması, parçalanma veya tam ayrılma şeklinde olan olgularda ise küçük rezeksiyonları takiben yapılacak uc-uca anastomozlarla devamlılığın sağlanması yeterli olacaktır. Burada bazı çok küçük perforasyonların ameliyat esnasında gözden kaçabileceğini bilmek gerekmektedir.

ÖZET

Künt karın travmasına bağlı izole ince barsak yaralanmaları son derece enderdir. Başlangıç semptomları siliş olabilir veya diğer sistem yaralanmalarının ön plana çıkmasıyla hiç göze çarpmayabilir. Mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek için bu yönde bir yaralanma olabileceğinin akla getirilmesi tanıda ilk adım olmaktadır.

Bu çalışmada hastaların bulguları ve uygulanan operasyonlar ile birlikte 6 olgu sunmaktayız.

SUMMARY

Isolated Injuries in Small Intestine Due to Blunt Abdominal Trauma

Six cases of intestinal injury due to blunt abdominal trauma were presented and the peculiarities of these cases were discussed in the light of literature findings.

LİTERATÜR

1. Cox E.F. : Blunt abdominal trauma, A 5-year analysis of 870 patients requiring celiotomy. Ann. Surg., 199 : 467, 1984.
2. Lüdtke-Handjery A. : Die retroperitoneale duodenalruptur nach stumpfen bauch trauma. Chirurg, 54 : 341, 1983.
3. Mercer S., Legrand L., Stringel G., Soucy P. : Delay in diagnosing gastrointestinal injury after blunt abdominal trauma in children. The Canadian Journal of Surgery, 28 : 138, 1985.

4. Orloff M.J., Charters, A.C. : Injuries of the small bowel and mesentery and retroperitoneal haematoma Surg. Gynecol. Obstet., 132 : 7, 1971.
5. Ritchie N.P., Errek R.A., Bunch W.L. : Combined visceral and vertebral injuries from lap type seat belts. Surg. Gynecol. Obstet., 131 : 431, 1970.
6. Roman E., Silva Y.J., Lucas C. : Management of blunt duodenal injury. Surg. Gynecol. Obstet., 132 : 7, 1971.
7. Rouse T., Collin J., Daar A. : Isolated injury to the intestino from blunt abdominal injury. Injury, 16 : 131, 1984.
8. Sube J., Ziperman H.H., Mc. Iver W.J. : Seat belt trauma to the abdomen. Am. J. Surg. 113 : 346, 1967.
9. Touloukian R.J. : Protocol for the nonoperative treatment of obstructing intramural duodenal hematoma during childhood. Am. J. Surg., 145 : 330, 1983.