

KÜNT KARIN TRAVMALARI: 11 VAKANIN ANALİZİ

Dr. Bülent TİMLİOĞLU (*)

Dr. Ali Rıza ARAT ()**

Dr. Ercüment KUTERDEM (*)**

Endüstrinin geliştiği, trafik kazalarının hızla arttığı zamanımızda, künt karın travmalarının sıklığı dikkati çekmektedir. Bütün yaralanmaların % 16 - 22'sini meydana getirmesi (8), vakaların % 35'inin exitus ile sonuçlanması, konunun ciddiyetini gösterir. Penetran karın yaralanmalarında ise, künt travmaların aksine, exitus oranı % 20 gibi düşük bulunmaktadır (14). Bilhassa kombine olan yaralanmalarda diğer sistemlerin de hadiseye katılması, klinik tablonun değişmesine en mühim organ lezyonlarının gizlenmesine veya geç farkına varılmasına, bu da exitus oranının yükselmesine sebep olmaktadır. Kanımızca bu orana tesir eden bir diğer faktör de, kesin tanıya varılmadan ve genel durumu düzeltmeden uygulanan ameliyatlardır. «Bir fazla laparotomiden zarar çıkmaz» düşüncesi ile tedavi edilen bu vakalarda neticeler çok kere iyi değildir.

Bu yazı 1965 - 1972 seneleri arasında II. ve III. şirürji kliniklerinde yatarak, operatif tedavi uygulanmış, künt karın travmasına uğramış 11 vakanın genel analizini kapsamaktadır.

METOD ve MATERİYEL:

Materiyelimizi 1965 - 1972 seneleri arasında tedavi edilen 11 vaka meydana getirmektedir. Künt karın travması tanısı ile yatırılmış, operatif girişim yapılmamış ve klinik tanı konulmuş, konservatif tedavi sonucu şifa ile taburcu edilmiş vakalarla, şok sonucu ameliyat edilmeden kaybedilen vakalar bu seriye dahil edilmemiştir. Vakalarımızın değerlendirilmesinde klinik, radyo-

* A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi III. Şirürji Kliniği Profesörü.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği Asistanı.

lojik inceleme laboratuvar, ameliyat bulguları ve neticelerinden yararlanılmıştır.

BULGULAR :

Hasta sayımız 11'dir. Cinsler arasında dağılım, 9 erkek (% 81,8), 2 kadın (% 18,2) şeklindedir. Yaşları 6 - 55 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 20,4'dür. On senelik yaş aralıklarına göre dağılım :

0 — 10	2
11 — 20	5
21 — 30	2
31 — 60	2

9 hastamızın 30 yaşından küçük olduğu (% 81,8) görülmektedir. Travma nedeni 7 vakada (% 63,6) trafik kazası, 4 vakada (% 36,6) oyun ve günlük yaşantı sırasında uğranılan kazalardır.

Travmaya bağlı şikâyetler, 7 vakada (% 63,6) kazadan hemen sonra, 4 vakada (% 36,4) kazadan sonraki ilk 2 - 4 saat içinde başlamıştır. Hastanın kliniğe başvurma nedeni olan bu şikâyetlerinin başında ağrı (4 vakada), kusma (5 vakada), bulantı hissi (4 vakada) gelmektedir.

Fizik muayene sırasında bulunan bulgular Tablo : 1 de toplu olarak gösterilmiştir.

Tablo : 1

Künt karın travması geçiren 11 hastada rastlanan klinik bulgular

Karında hassasiyet	11 hastada
Karında distansiyon	5 »
Karında adale sertliği	5 »
Karın cildinde travmaya ait sıyrık, bere	3 »
Nefes darlığı	3 »
Şok	2 »

Onbir hastada da görülen abdominal hassasiyetin lokalizasyonuna göre dağılımı ise şu şekildedir :

Bütün karında yaygın	4 hasta
Göbek etrafında	2 »
Her iki inguinal bölgede	2 »
Sol toraks yarısında	2 »
Hipokondriumda	1 »

Ameliyat öncesi yapılan radyolojik araştırmalarda bulunan bulgular özetlenirse, beş direkt karın grafisinden dördünde ileus belirtisi, birinde sol diafragma altında serbest gaz, toraks grafilerinden birinde toraks içinde karın tubuler organlarına ait bulgular (bu radyolojik tanı daha sonra yapılan baryumlu kontrollerle de doğrulanmıştır), değişik sayıda kombine ekstremitelerde kırıkları olduğu görülür.

Hastalarımızın bir kısmı, kliniğe müracaat ettikten sonra derhal, ameliyat edilmiştir. Bir grup hastada ise şokun düzeltilmesi veya kesin klinik tanıya varmak amacıyla değişen sürelerde zaman kaybedilmiş ve geç ameliyat uygulanmıştır. Vakalarımızda kaza ile ameliyat arasında geçen zaman aşağıda gösterilmiştir.

Kazadan sonra en kısa zamanda gelen ve ameliyat edilenler	3
Kazadan sonra 12 saat içinde ameliyat edilenler	2
Kazadan sonra 24 saat içinde ameliyat edilenler	1
Kazadan sonra 48 saat içinde ameliyat edilenler	3
Kazadan sonra 7 gün içinde ameliyat edilenler	1
Kazadan sonra 24 gün içinde ameliyat edilenler	1

Operatif uygulamalarda değişik deri kesileri kullanılmıştır. Bunların seçiminde şikâyetlerin yerleşimi, klinik bulgu ve tanı dikkate alınmıştır. Bir vakada tanı hatası olarak yapılan kesi gerekli müdahale için uygun olmamış ve diğer bir kesi kullanılmıştır. En çok median (7 vakada), daha sonra paramedian

(2 vakada), sağ transrektal (bir vakada), torakotomi (bir vakada) kesileri yapılmıştır.

Ameliyat sırasında birden fazla karın organının yaralanmasına yedi vakada (% 72,8), tek organ yaralanmasına dört vakada (% 27,2) rastlanmıştır. Tek olarak yaralanan organlar; karaciğer, dalak, çekum ve jejunumdur. Toplam olarak organların yaralanma sayıları şu şekildedir:

Dalak	4	
İnce barsak	4	(jejunum 3, ileum 1)
Kalın barsak	4	(çekum 2, kolon 1, rektum 1)
Böbrek	2	(sağ böbrek 1, sol böbrek 1)
Karaciğer	1	
Diafragma	1	
Mezenter	1	

Ameliyat sırasında yukarda bildirilen karın içindeki organlara ait bulgulardan başka altı vakada peritonit, beş vakada intraperitoneal kanama, bir vakada bol safralı periton sıvısı ve iki vakada da yaygın retroperitoneal hematoma bulunmuştur.

Operasyon uygulanan hastalardan üçü postoperatif devrede kaybedilmiş (% 27,2), yedi hasta şifa ile taburcu edilmiştir (% 63,6). Salah ile taburcu edilen ve safra fistülü olan bir hastamız ise üç ay sonra safra fistülü nedeni ile yapılan ameliyatta peritonit sonucu kaybedilmiştir. Postoperatif devrede kaybedilen hastalarımızda ölüm nedenleri gazlı gangren, peritonit ve hemorajik şoktur. Bu hastalarımızdan ikisinde ince ve kalın barsak, birinde böbrek ve dalak harabiyeti vardı. Ölen üç vakamızdan biri kazadan hemen sonra, diğer ikisi ise 48 saat sonra ameliyat edilmişti. Erken müdahale edilen ilk hastamızda ekstremiteler kırıkları ile kombine çok sayıda karın organı yaralanmış ve anüs preter yerinde gelişen gazlı gangren meydana gelmişti. Taburcu edildiği zaman ufak bir safra fistülü olan hastamızda ise tekrarlayan ateş, ağrı ve zayıflama şikâyetleri olmuş, yatırılarak yapılan laparatomide karaciğer sol lobunda, diafragmatik yüzde karaciğer nekrozu ve subdiafragmatik apse

olduğu görülmüştü. Ameliyat sırasında koledokotomi yoluyla, daha sonra postoperatif olarak yine aynı yolla yapılan kolanjiografilerde, sol hepatik safra kanalının tamamen tıkalı olduğu yahut herhangi bir nedenle kontrastın burada daha ileriye devam etmediği görülmüştür. Bu hastamızın kazadan sonraki ilk ameliyatında da operatif kolanjiografi yapılmış fakat safra kanalındaki bu harabiyet dikkatimizi çekmemiştir. İlk ameliyatta bir koledok drenajı yapılsa idi, belki çok yaygın harabiyet önlenecik ve hasta kaybedilmeyecekti.

TARTIŞMA :

Künt karın travmalarına erkeklerde daha fazla rastlanır. Büyük serilerde bu oran % 83,5 erkek, % 16,7 kadın olarak bildirilmiştir (17). Ortalama beş erkeğe bir kadın düşmektedir. Vakalarımızda erkekler % 81,8 kadınlar ise % 18,2 oranındadır. Serimizin ufak olmasına mukabil genel değerlere uygundur.

Nedenler arasında trafik kazaları % 60 - 70 oran ile ön sırada bildirilmiştir (7, 21). Hastalarımızdan % 63,6'sı trafik kazası ile yaralanmıştır. Gelişmiş memleketlerde bildirilen vakalarda diğer travma nedenleri çokluk sırasına göre, endüstri, spor ve günlük yaşantı sırasında uğranılan kazalardır. Vakalarımızda nedenlerin ikinci sırasını 36,4 ile günlük kazalar meydana getirir. Erkek kadın oranındaki değerlerde, erkeklerin daha aktif ve travmaya müsait çalışma dallarında vazife görmelerinin yeri olduğu kanısındayız. Böyle düşünmemizin nedeni her iki cinsin de çok ve eşit aktif olduğu çocuk yaşlarında bu oranın hemen hemen eşit bildirilmesidir (7). Künt karın travmalarının % 75'i ilk 30 yaş içinde olmaktadır (16, 17, 21). (Gelişmiş memleketlerde de çocuk ölümü nedenleri arasında künt karın travmaları ikinci sıradadır) (7). Bizim vakalarımızda 30 yaşın altındaki hastalar, genel toplamın % 84,8'ini teşkil eder.

Kazadan sonra hastaların % 79 - 82'si ilk altı saat içinde, % 15,8'i 24 saatten sonra kliniğe müracaat etmesine mukabil (19 - 21), serimizde % 36,4 ilk altı saat içinde, % 18,2 24 saat içinde, % 27,3 48 saat içinde ve % 18,2 de bir haftadan sonra kliniğimize gelmiştir.

Klinik ve laboratuvar bulgular oranı % 45 - 90 şok, % 86 ağrı, % 59 hematüri, % 57,7 karın hassasiyeti, % 20 - 25 kusma, % 24,4 dispne ve % 57,3 lökositoz olarak bildirilmiştir (17,19, 21). Bizim serimizde bu değerler şu şekilde dağılmıştır :

Karın hassasiyeti	% 100
Lökositoz	% 72,2
Kusma	% 45,5
Ağrı	% 36,3
Dispne	% 27,3
Şok	% 18,2
Hematürü	% 9

Bu değerler arasındaki farklarda hastaların bize daha geç gelmelerinin büyük yeri olduğu kanısındayız. Bilhassa şok oranının düşüklüğü dikkate çekecek derecededir. Buna sebep, şoktaki hastaların bir kısmının daha hastaneye ulaşmadan kaybedilmesi olanağı olabileceği gibi, serimizin değerlendirilmesinde, operatif girişim yapılmadan kaybedilen hastalara yer verilmesi de olabilir. Hematürinin az olmasının nedeni de memleketimizde bu travmalar sonucu böbrek yaralanmalarına diğer istatistiklere oranla az rastlanmasıdır.

Künt karın travmasına uğramış hastalarda, ameliyat endikasyonu koymadan evvel, tanı için bütün imkânların kullanılmış olduğuna emin olmak gerekir. İyi incelenmemiş vakaların «laparotomi en iyi yoldur» düşüncesi ile ameliyat edilmesi hatalıdır. Bilhassa karın dışı birçok organın da yaralandığı vakalarda, gereksiz uygulanan laparotomi, normalde dahi yüksek olan mortaliteyi daha da artırır. Şok hallerinde, şokla mücadelede kısa zamanda iyi netice alınıyorsa, kesin tanı için bir süre beklenebilir.

Klinik ve laboratuvar muayeneleri arasında tanıda yardımcı olan iki değerli metodu öncelikle belirtmek yerinde olur. Bunlar yerinde uygulanmış radyolojik tetkikler ve abdominal parasetezdir. Radyolojik incelemeler arasında, abdomenin ve retroperitoneal sahanın direkt grafisi önemlidir. Duodenumun retro-

peritoneal rüptürlerindeki sağ böbrek etrafındaki gaz imajı gözden kaçmamalıdır. Toraks grafilerinde de P - A durumunda bazı diafragma yırtıklarının görülmeyeceği dikkate alınarak, künt karın travmalı hastalarda toraks grafilerinin Trendelenburg pozisyonunda yapılmasında ısrar edilmelidir. Anjiyografik tetkikler daima uygulanmalı ve zaman, maddi olanaklar bakımından bir probe laparotomiye tercih edilmelidir. Bu yolla vakaların % 40 tanımlanma imkânı vardır (13,27). Yukardaki radyolojik incelemeler arasına, suda eriyen kontrastlarla ve i. v. yolla yapılan grafilerin de değerini belirtmek yerinde olur (22).

Hastalarımızda radyolojik tetkik yedi vakada uygulanmıştır (% 63,6). Bunlardan biri, ekstremité kırıklarının tanısı amacıyla ile olup, geri kalanlar karın bulgularının açıklanması için yapılmıştır. Beş direkt karın grafisinde, dört defa ileus ve bir defa sol diafragma altında serbest gaz, toraks grafilerinden birinde sol hemitoraksta tubuler karın organları görülmüştür. Toraks bulguları olan hastamızda, ağızdan suda eriyen kontrastlar vererek bulgular daha sonra da saptanmıştır. Ameliyat sırasında bir hastaya kolanjiografi yapılmıştır.

Görüldüğü gibi vakalarımızdan bir çoğunda radyolojik tanı ihmal edilmiştir. Buna klinik tablonun abdominal bir girişi mi gerekli kılacak kadar açık olması, yahut süratli yapılamayan incelemelerle vakit geçerek geç kalma endişesi neden olabilir. Bu tutumun sakıncaları biraz sonra belirtilecektir.

Parasentezle % 40 vakada kati tanı konduğu bildirildiği halde (1,18), vakalarımızdan hiçbirinde uygulanmamıştır. Parasentez uygulanan vakalarda, pozitiflerde % 1, negatiflerde % 7 oranında yanılma bulunması (24) bu metodun değerini gösterir. Serimizde vakaların kısmen geç gelmesi ve karının böyle hallerde distansiyon göstermesi parasentezden kaçınma nedeni-
dir.

ORGAN BULGULARI VE DAĞILIŞI :

Dalak : Künt karın travmaları nedeniyle uygulanan splenektomiler, bütün splenektomilerin % 50'sine kadar yükselebilir (18). Splenektomi nedenleri arasında bu tip travmaların

önemli yeri olmasına rağmen, künt karın travmalarında en çok yaralanan organ dalak değildir. Dalagın yaralanma olanağı % 18 - 50 arasında bildirilmiştir (8, 21). Vakalarımızda bu oran % 36,3'tür. Büyük serilerde bir kadına 2,5 erkek düşmektedir (19), biz her iki cinsi de eşit bulduk. Dalak yaralanmalarına % 50 trafik kazaları nedendir (2), bu oran serimizde % 75'dir. Vakalarımız arasında, diafragma arasına sıkışmış ve kanama belirtileri göstermemiş olan dalak hariç tutulursa iki zamanlı dalak rüptürü yoktur. Literatürde künt karın travmalarından sonra iki zamanlı dalak rüptürü oranı % 15 (12) bulunmaktadır. Laparotomiye rağmen dalak rüptürleri, diğer organ harabiyeti yanında dikkati çekmeyebilir. Bu tip kombine yaralanmaların sayısı küçümsenmeyecek kadar yüksektir (% 5) (21). Vakalarımızdan birinde dalak rüptürü tanısı konmadan diğer organlara ait harabiyet düşünülerek laparotomi yapılmış ve kontrolde dalak rüptürü bulunduğu görülmüştür. Dalakla beraber diğer organ harabiyeti kombinasyonuna vakalarımızda % 50 oranında rastlanmıştır, bu diğer yayınlara uymaktadır (8). Mortalitemizde bir vaka ve % 20 oranı ile büyük serilere uygundur (19).

İnce barsak : Hastalarımız arasında dalak bulguları ile eşit sayıdadır (% 36,6). İnce barsaklar hareketli oldukları için genellikle sabit ve az hareketli oldukları yerlere yakın (fleksura duodeno-jejunalis veya ileoçekal bölge) yırtılırlar veya yırtık olmadan retroperitoneal hematoma, nekroza sebep olurlar (4, 12). Ve vakalarımızın % 36,6 gibi yüksek oranı diğer yazarlara uymamaktadır. % 4,9 - 11,2 arasında bildirilen (16, 17) bu değerle olan uyumsuzluğun bugün için nedenini bilemiyoruz. Yalnız ince barsakların yaralandığı vakalarda mortalite % 27 (2) dir. Bizim kalın barsak nekrozu ile beraber bulunan tek vakamız kaybedilmiştir.

Kalın barsak : Vakalarımızdaki kalın barsak yaralanmaları özellik göstermekte, bazı noktalarda genel düşünce ve istatistiklerin dışına çıkmaktadır. Kalın barsak yaralanmalarının, büyük kuvvetler tesiri ile meydana geldiği, bu hastalarda birden fazla organ harabiyeti olduğu, nedenlerinin başında trafik kazalarının bulunduğu ve ince barsak yaralanmalarından sekiz kere az görüldüğü (% 3) kanaati hakimdir (2). Rastladığımız

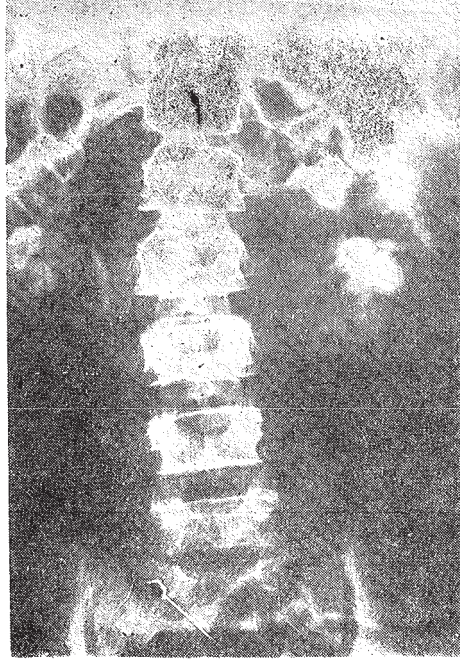
üç hastadan (% 27,2) sadece biri trafik kazası nedeniyle, diğerleri düşme nedeniyle yaralanmıştı. Kalın barsaklardaki yırtılma üç vakamızda ikisi çekum ve ikisi sağ fleksurada bulunuyordu. Bu bilinen yırtılma yerlerine uygun idi (en çok harabiyet yerleri fleksuralar, çekum ve rektosigmoid bölgedir).

Kalın barsak yaralanma belirtileri geç ortaya çıkar. Önemli olan nokta ilk 24 saat içinde karın şikâyetleri hatta kanlı dışkılama olmasına rağmen bu bulguların hafiflemesi veya kaybolmasından yedi veya sekiz gün sonra ani peritonit tablosunun meydana gelmesidir. Bunun nedeni intramural hematoma ve infeksiyonların meydana getirdiği nekrozlardır (4). Mortalite yüksektir. Birden fazla organın yaralandığı vakalarda bu oran % 70'e kadar yükselir (2, 12).

Böbrek: Künt karın travmaları nedeni ile üriner sistem yaralanmaları % 60, yalnız böbrek yaralanmaları ise % 30 - 40 oranındadır (7, 12, 20, 21). Çocuklarda böbrek yağ kapsülünün daha az gelişmesi nedeniyle bu oran daha yüksektir. 13 ve 18 yaşlarında olan iki vakamız (% 18,1) diğer organ yaralanmaları ile beraberdi. Kliniğe kazadan 48 saat sonra gelenine nefrektomi ve splenektomi yapılmış, bu hasta kaybedilmiştir. Diğer hastamız oyun esnasında düşerek yaralanmıştı. Bu vakada kalın barsak rüptürü ile beraber böbrek kapsülü yırtığı da bulunuyordu. Travma mekanizmasını açıklamak için yaptığımız ameliyat sonu tetkiklerde her iki böbrekte de polikistik yapı olduğunu gördük (Resim : D).

Karaciğer: Karaciğerin künt karın travmaları ile yaralanma olanağı % 17,7 - 27 arasındadır (1, 12, 15, 23). Tek hastamızla bu oran % 9'da kalmaktadır. Travma nedenleri sırayla trafik, spor kazaları ve düşmelerdir. Çocuklarda daha az rastlanılan, % 80 diğer organ harabiyeti ile beraber bulunan, karaciğer künt yaralanmaları delici olanlara kıyasla daha tehlikelidir (1, 2, 7). Yaralanma, ezilme, yırtık, patlama, amputasyon veya bunların karışmış şekillerinde olabilir, sağ lobun daha fazla yaralandığı dikkati çeker (3, 26).

Diğer organ harabiyeti ile alakalı bulgular ön plana geçerse, klinik tanıda güçlük çekilebilir. Çok defa hastanın en kısa



Resim : I.

zamanda doktora başvurması nedeni hipokondriumdaki ağrıdır (1, 2, 3). Bu hastalarda her zaman erken devrede bulunmayan taşikardinin, peritona akan safranin yaptığı bradikardiden ileri geldiği öne sürülmektedir (12). Sarılık travmadan hemen sonra değil, birkaç gün sonra görülür (12). Nitekim vakamızda sol hepatik kanalın büyük bir kısmı yaralandığı halde sarılık iki gün sonra meydana gelmişti. Ağrıdan sonra en sık rastlanılan bulgu şoktur. Biraz evvel de belirttiğimiz gibi, şok tablosunda nabız tabloya uygun olmayabilir. 12.000 - 15.000 arasında lökositoz vakaların çoğunda diğer akut karına ait fizik ve laboratuvar bulguları arasında dikkati çeker. Tanıda abdominal parasentez en faydalı metodlardan birisidir.

Karaciğer yırtığı şüphesi olan vakaların ameliyatı sırasında iyi bir eksplorasyon için, lig falciforme, sağ ve sol triangular ligament kesilmeli ve bütün yüzler kontrol edilmelidir (23). Operatif kolanjiografi, nekrotik karaciğer dokularının çıkarıl-

ması, koledokun, subhepatik ve suprahepatik mesafelerin drenajı her vakada uygulanmalıdır. Körleme karaciğer dikişlerinden, Mikulicz tamponlarından nekroz yapabildikleri için kaçınılmalıdır (2, 23, 26).

Kazanın ikinci günü sarılığın görülmesi ile ameliyat edilen vakamızda periton içinde safralı bir sıvı bulunmuş, fakat karaciğer yırtığı görülmemiştir. Safranın drenajı için kolesistostomi yapılmış ve bu yolla operatif kolanjiografi uygulanmıştır. Bu radyolojik incelemede sol hepatik kanal defekti gözden kaçmış, muhakkak yapılması gerekli olduğunu bildirdiğimiz noktaların bir kısmı gerçekleştirilememiştir. Bunun sonucu hastamız ikinci kez karaciğer ve subdiafragmatik apse, karaciğer nekrozu, sol hepatik safra kanalının tam tıkanması ile ameliyat edilmiş ve kaybedilmiştir.



Resim . II.

Karaciğer yaralanmalarında en sık görülen komplikasyonlar apse ve fistüllerdir (14). Hepatik arterio - portal fistüllere



Resim : III.

stress ülserlerine de rastlanır. Bütün vakalarda mortalite % 15 - 27 arasında değişmektedir (1, 14, 23).

Diafragma : Diafragma yırtıkları arasında künt karın travması ile meydana gelenler % 34, künt karın travmalarında diyafram rüptürü ihtimali de % 0,24 oranındadır (17,25). Genellikle sol yarı (6, 10, 11), ender olarak sağ yarı (11) yırtılmaktadır. Sağ yarının az görülmesi, karaciğerin travmanın büyük kısmını önlemesi, karın içi basıncının bu yarıya tesirine mani olmasındandır. Diyafragmanın yaralandığı vakaların % 48'inde ka-

burga, % 21'inde etraf ekstremiteler, % 18'inde dalak, % 11'inde karaciğer yaralanması bulunur (25). Önemli bir husus % 95 oranında diyafragmaya ait yaralanmaların geç farkına varılmasıdır. Tanımlama hatası, laserasyonların zamanla nekroza dönüşmesi diyafragmanın burada zayıf olması bunun nedeni olabilir. Kazadan tanıya kadar geçen zaman çok uzun olabilir. Diyafragmadaki yırtıkların hepsi fitikleşmez. Hayatta kalan hastalarda fitikleşme % 8 civarındadır (25). Meydana çıkmalarında kardio-respiratuvar şikâyetler, tubuler bir karın organının strangulasyonu yardımcı olabilir (5, 6). Kazadan hemen sonra tanımlayabilmek için kollabe akciğerlerin, hemo ve hidrotoraksın P - A yapılan grafilerde, toraks içindeki karın organlarını maskeleyeceğini düşünmek ve yan toraks grafilerini her şüpheli vakada tekrarlamak gereklidir (7). Serimizdeki tek vaka 6 yaşında, trafik kazası nedeniyle 5 - 6 - 7. kaburgaları kırılmış bir kız çocuğudur. İlk müracaat ettiği hastanede 5 gün yatırılarak kaburga kırıkları tedavi edilmiş ve taburcu edilmiş, 16 gün sonra kusma, nefes darlığı şikâyetleri ile başvurduğu aynı hastanede diyafragma yırtığı tanısı konarak ameliyat için kliniğimize gönderilmiştir. Radyolojik kontrollerle gerekli kontrol yapıldıktan sonra, kazanın 24. günü yapılan ameliyatta 10 cm. boyunda, kenarları arasında travma geçirmiş fakat kanamayan dalak bulunan diyafragma yırtığı bulunmuş, splenektomi yapılmış, yırtık kapatılmış, hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ :

İncelediğimiz klinik vakalarının nedenleri arasında trafik kazaları başta gelmektedir. Hastalarımızın % 85'ini, otuz yaşın altındaki şahıslar meydana getirmektedir. Literatür karşılaştırmasında, vakaların kliniğimize geç müracaat ettikleri görülmektedir. Bu devrede hastalarda travma şoku çok kere geçmiştir ve akut karın bulguları ön planda bulunur. Tanı ve ayırıcı tanıda, radyolojik incelemelerden ve parasentezden yeterince yararlanılmamıştır veya klinik tablo yanında çok gerekli görülmemiştir. Diğer önemli bir hususta, dünya literatüründe belirtilenin aksine, vakalarımızda ince barsak yaralanmalarının fazla, Üriner sistem yaralanmalarının daha az olmasıdır.

ÖZET:

Onbir күnt karın travmasının analizi yapılarak, dünya literatürü ile karşılaştırılmış, uygun bulunan veya sapma gösteren yanlar belirtilmiştir.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser analyse wurde elf Stumpfen Bauchverletzungen diskutiert. Häufigsten Ursachen unserer Stupmfe Bauchverletzungen sind Vehrkehrsunfälle. Mehrere Falle sind zu spat das Krankenhaus mitgebracht worden. Darum ist klinische Bild oft durch eine akute Abdomen gekennzeichnet. Die Dünndarm Verletzungen sind mehr als Urinertraks, trotzdem haben in der welt Literatur anders geschrieben. Von elf starben drei postoperativ. Die postoperativ mortalitat bei unserem Fällen betrug Ca. 28 %.

LİTERATÜR

- 1 — Belgerden, S., Güney, M. : Karaciğer Yaralanmaları; İst. Üni. Tıp Fak. Mec. 32:326, 1969.
- 2 — Belgerden, S. : Karın Travmaları; İst. Üni. Tıp Fak. Yayınları No. 1792, İstanbul, 1972.
- 3 — Brückner, H. : Eine bisher einmalige Form der Leberverletzung : Zbl. Chir., Chir., 96:653, 1971.
- 4 — Dickinson, S. J.; Shey, A.; Santulli, T. U.; Rupture of the gastrointestinal tract in Children by blunt trauma : Surg. Gynecol Obstet., 130:655, 1970.
- 5 — Dorken, N.; Aktan, K.; Karaözbek, Y.; Erag, A. : Travmatik Diafragma Hernileri : Türk Tıp Cem. Mec. 35:640, 1969.
- 6 — Farthmann, E. : Zwerchfellrupturen als Folge stumpfer Bauch und Brust Verletzungen : Zbl. Chir. 95:540, 1970.
- 7 — Grimsehl, H.; Blencke, B. : Thorax und Abdominalverletzungen im Kindesalter : Langbeks Archtlin Chir., 326:226, 1970.
- 8 — Mamelmann, H.; Nitschke, J. : Intraperitoneale Blutungen nach stumpfen Bauchtraumen : Chirurg, 42:433, 1971.
- 9 — Hammann, J.; Spohn, K. : Peritonitis nach stumpfen Verletzungen des Bauches : Chirurg, 42:437, 1971.
- 10 — Hill, L. D. : Injuries of the diaphragm following blunt trauma : Surg. Clin. North. Amec. 52:611, 1972.

- 11 — Kageler, R. G. : Inridekte Kindliche Zwerchfellrupturen : Zbl. Chirg., 96:488, 1971.
- 12 — Kremer, K.; Bohme, H. : Beurteilung und Behandlung von Verletzungen der Bauch Organe : Langbeks Arch. Kli. Chir., 322:285, 1968.
- 13 — Lim, R. C.; Glickman, M. G.; Hunt, T. K. : Angiography in patiens with blunt trauma to the chest and abdomen : Surg. Clin. North Amer., 52:551, 1972.
- 14 — Longmire, P. W.; Cleveland, R. J. : Surgical Anatomy and blunt trauma of the liver : Surg. Clin. North. Amer., 52:687, 1972.
- 15 — Lucas, C. E.; Walt, A. J. : Critical decisions in liver trauma : Arch. Surg., 101:277, 1970.
- 16 — Reiher, P.; Kleinau, W.; Müller, J. H. : Das Stumpfe Bauchtrauma: Zbl. Chir., 96:846, 1971.
- 17 — Richter, E.; Brückner, H. : Das Stumpfe Bauchtrauma und seine Folgen : Zbl. Chir., 95:1386, 1970.
- 18 — Rosoff, L.; et al. : Injuries of the Spleen : Surg Clin. North Amer., 52:667, 1972.
- 19 — Sargisen, T. P.; Gole, J.; Traumatic rupture of the spleen : Brit. J. Surg., 55:506, 1968.
- 20 — Schmiedt, E. : Verletzungen der Harnwege nach stumpfen Bauchtrauma : Chirurg, 42:452, 1971.
- 21 — Schuman, U. : Bericht über 38 subcutane traumatische Milzrupturen von 1948 bis 1968 : Zbl. Chir., 95:437, 1970.
- 22 — Meyers, H. I. : The radiologic evaluation of patiens with nonpenetrating abdominal trauma. Surg. Clin. North Amer., 48:1205, 1968.
- 23 — Owens, M. P.; et al. : The management of liver trauma : Arch. Surg., 103:211, 1971.
- 24 — Perry, J. F.; De Meules, J. E.; Rott, H. D. : Diagnostic peritoneal lavage in blunt abdominal trauma : Surg. Gynecolobstet., 131:742, 1970.
- 25 — Popovici, Z. : Le lésions traumatiques du diaphragme et leurs conséquences : J. Chir., 102:343, 1971.
- 26 — Stucke : Stupmfe Leber Traumen : Zbl. Chir., 95:540, 1970.
- 27 — Wehling, H. : Die angiographie beim Stumpfen Bauchtrauma : Zbl. Chir., 95:539, 1970.