

Gastrointestinal Travmalar

Dr.Musa DUMAN, Dr.Ali Ulvi ÖNGÖREN, Dr.Mevlüt TOPBAŞ

Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

ÖZET

Kunt karın travmalarında, pénétre olanlara oranla daha seyrek görülen gastrointestinal sistem yaralanmaları gerek hatalı teşhis veya tanıda gecikme ve gerekse ciddi bir enfeksiyon potansiyeline sahip olmaları nedeniyle diğer travmalara oranla mortalitesi yüksek bir grubu oluşturmaktadır. Bu tür yaralanmalarda ölüm oranını makul düzeye indirebilmek, yaralıyı kaza yerinden hastaneye nakli sırasında ve acil cerrahi birimlerinde, fizyolojik öncelikleri gözeterek, bilgili ve etkin ilk yardım ile mümkündür. Ocak 1986-Temmuz 1989 yılları arasındaki zaman süresinde Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniğinde karın travması içeren 30 hastada 24 gastrointestinal yaralanma tesbit edilmiş olup bunlar; sıklık, mortalite oranı ve postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirilmiştir.

Gastrointestinal sistem travması nedeniyle ameliyat edilen 30 hastanın %16.5'inde (5 hasta) postoperatif komplikasyon oluşmuş ve mortalite %3.3 oranında bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal Travmalar, Kunt Abdominal Travmalar, Penetran Abdominal Travmalar

Gastrointestinal yaralanmalar; kunt karın travmalarında penetre karın yaralanmalarına oranla daha nadir görülmektedir (1). Günümüzde abdominal travmaların büyük bir bölümü trafik kazaları sonrasında meydana gelmektedir. Bu vakalarda gastrointestinal sistem (GIS) yaralanmaları ile beraber bulunan diğer sistem travmaları hastaların değerlendirilmesinde bazı

Geliş Tarihi: 24.2.1990

Kabul Tarihi: 30.3.1990

Yazışma Adresi: Dr.Musa DUMAN
Ankara Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği
ANKARA

SUMMARY

GASTROINTESTINAL INJURIES

Gastrointestinal (GI) injuries in blunt abdominal traumas with their mostly being misdiagnosed and delayed diagnosis and with their serious infectious potential constitutes a group of higher mortality when compared with penetrating ones. In such injuries an acceptable mortality rate can only be achieved by an effective emergency support surgical unit and during the transport of the injured. 24 GI injuries were diagnosed in 30 abdominal trauma patients in S.B. Ankara Hospital 3. Surgery Clinic between January 1986 and July 1989 and their mortality rates and postoperative complications were evaluated.

Our postoperative complication rate was 16.5% and mortality rate was 3.3% in the 30 patients operated for GI trauma

KeyWords: Gastrointestinal Traumas, Blunt Abdominal Trauma Penetrating Abdominal Traumas.

güçlüklere neden olmaktadır. Bu tip travmalara geliştirilmiş birçok yonteme rağmen kolayca teşhis konulamadığı için diğer organ yaralanmalarına göre daha fazla mortalite potansiyeli taşıdığı öne sürülmektedir (5). Bu nedenle karın travması geçiren 30 hastamıza ait 24 GIS yaralanması gözden geçirilmiş ve sonuçları tartışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu retrospektif klinik çalışmada Ocak 1986-Temmuz 1989 yılları arasında Ankara Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği'nde kunt ve penetran abdominal travmaya bağlı

Tablo 1. Vakalarımızın Yaş ve Cinsine Göre Dağılımı

Yaş Gurubu	Penetran Travma		Kunt Travma		Toplam Vaka Sayısı	Yüzde
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın		
0-10 yaş	—	—	2	1	3	10
11-20 yaş	4	—	1	—	5	16.6
21-30 yaş	11	3	—	—	14	46.6
31-40 yaş	4	—	3	—	7	23.3
41-50 yaş	—	—	1	—	1	3.3
Toplam	19	3	7	1	30	100

Tablo 2. Vakalarımızda Etiyolojik Faktörler

Etiyolojik Faktörler	Vaka Sayısı	Yüzde
Kesici, delici travma (Bıçak, mermi...)	19	63.3
Kunt travma (Trafik kazası, düşme...)	11	36.6
Toplam	30	100

Tablo 3. Vakalarımızda Şikayet ve Fizik Muayene Bulguları

Şikayet ve fizik muayene bulguları	Vaka sayısı	Yüzde
Karın ağrısı ve hassasiyet	30	100
Bulantı ve/veya kusma	15	50
Abdominal rijidite	25	83
Rebound	20	66.6
Kehr belirtisi	7	23

Tablo 4. Vakalarımızda Abdominal Travmaya Bağlı Organ

Yaralan Organ	Vaka Sayısı	Yüzde
Mide	3	10
Duodenum	1	3.3
İleum ve jejunum	5	16.6
Karaciğer, safra kesesi ve safra yolları	10	33.3
Dalak	3	10
Pankreas	3	10
Böbrek	2	6.6
Kolon ve rektum	5	16.6
Omentumyırtığı	5	16.6
Mezoyırtığı	7	23.3

olarak akut karın tanısı konan ve akut karın bulguları bulunan 30 hastada tesbit edilen 44 intraabdominal

organ yaralanması arasında yer alan 24 GİS travması (%54) fizik muayene ve ameliyat bulguları ile erken post-operatif komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir. Serimizde, negatif karın eksplorasyonuna rastlanılmamıştır. Klinik çalışmamızda; barsak perforasyonu veya tam kesi, ince barsak nekrozuna yol açması nedeniyle rezeksiyon gerektiren mezenter yaralanmaları, rezeksiyon veya eksteriorizasyon gerektiren mezenter yaralanmaları, rezeksiyon veya eksteriorizasyon gerektiren barsak kontüzyonu ve süperior mezenterik arter ve ven yırtılması sonucu rezeksiyon gerektiren mezenter kökü yaralanmaları majör travma grupları olarak kabul edilmiştir. Minör travmalar ise barsak iskemisine yol açmayan mezenterik travmalar ve küçük, yüzeysel serozal yaralanmalar olarak gruplandırılmıştır.

BULGULAR

Majör ve minör GİS travma tesbit edilen 30 hastanın yaş ortalaması 35 (5-50 arasında) olup bunun 26'sı erkek (%86.6), 4'ü ise kadındır (%13.3) (Tablo 1).

Vakalarımızda GİS yaralanmasına neden olan etiyolojik faktörlerden 19 vakada (%63.3) kesici ve delici travma (bıçak, mermi...), 11 vakada (%36.6) kunt travma (trafik kazası, düşme...) sorumlu tutulmuştur (Tablo 2).

30 hastanın 25'inde (%83) fizik muayenede abdominal rijidite ve 20'sinde (%66.6) rebound saptanmıştır (Tablo 3).

27 vakaya abdominal parasentez uygulanmış ve 22'sinde (%81) pozitif sonuç alınmıştır. 5 vakada (%19) ise parasentez sonucu negatif olarak bulunmuştur. Parasentezi negatif olan 5 hastaya peritoneal lavaj yapılmaksızın acilen ameliyata alınmıştır. Ameliyatta hastaların ince barsak, pankreas, karaciğer ve safra yollarına ait yaralanma tesbit edilmiştir.

Hastaların maruz kaldıkları travma ile ameliyata alınmaları arasında geçen zaman ortalama 5.4 saat (1/2-36 saat) olarak tesbit edilmiştir.

Tablo 5. Vakalarımızda Uygulanan Ameliyat Yöntemleri

Yapılan Ameliyat	Vaka Sayısı	Yüzde
Primer sütür	25	83.3
Rezeksiyon (Jejunum, ileum)	2	6.6
Nefrektomi	1	3.3
Kolesistektomi	3	10
Splenektomi	3	10
Pankreas onarımı (Primer parankim sütürü)	3	10

Abdominal travmaya bağlı organ yaralanmalarının anatomik lokalizasyonları Tablo 4'te görülmektedir. Buna göre 30 hastada 24 GIS yaralanması (580), 23 (%76) değişik intraabdominal organ yaralanması meydana geldiği gözlenmiştir.

Vakalarımıza uygulanan ameliyat yöntemleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Buna göre ameliyatta ince barsak travması tesbit edilen 2 vakaya (%6.6) rezeksiyon-anastomoz yapılmıştır. Toplam 25 olguda (%83.3) lezyona primer sütür konmuştur.

Kolorektal travmalı 1 vakada debridman-primer sütür onarımını takiben loop kolostomi açılmıştır. 30 vakadan sadece 1'i (%3.3) karaciğer rüptürü ve kafa travması nedeniyle exitus olmuştur. Bu seride mortalite oranı %3.3 olarak tesbit edilmiştir. 5 hastada (%16.6) komplikasyon görülmüş olup en sık atelettazi (%6.6) tesbit edilmiştir (Tablo 6).

Hastaların %92'sinde ameliyat öncesi evre ile ameliyat sonrası 2 ile 5.gün arasında özellikle Gram (-) ve anaeroblara etkili, tercihan ikili kombinasyonda antibiyotik kullanılmıştır. Hastalarımızın hastanede kalış süreleri ortalama 14 gün olarak tesbit edilmiştir.

TARTIŞMA

Kunt karın travmalarına bağlı ince barsak yaralanmaları ilk defa 1837 yılında dikkati çekmiş ve oluş mekanizmaları hakkında birçok teori ileri sürülmüştür (6). Travma sırasında ani lümen içi basınç artımına bağlı (Laplace kanunu) perforasyon meydana gelerek, intestinal içeriğin periton boşluğuna yayılması ciddi bir enfeksiyon potansiyeli taşıdığından erken teşhisin tedavideki önemi büyüktür. Birçok klinik araştırmada mortalite oranının yükselmesine yol açan en önemli etkenin bu gecikme olduğu kanıtlanmıştır (2,8).

Tablo 6. Vakalarımızda Görülen Postoperatif Komplikasyonlar

Komplikasyon	Vaka Sayısı	Yüzde
Kesi enfeksiyonu	1	3.3
Atelettazi	2	6.6
Pankreas fistülü (pankreas yaralanmasınabağlı)	1	3.3
Safra fistülü (karaciğer yaralanmasınabağlı)	1	3.3

Fizik muayene bulgularına ilaveten zamanında uygulanacak abdominal parasentezin tanıda yanılma oranını %14'e kadar düşürdüğü bildirilmektedir (7,9).

Bizim serimizdeki hastaların 27'sine parasentez uygulanmış, %81 oranında zamanında ve doğru tanı konulmuştur. Esasen parasentez ve peritoneal lavajın güvenilirlik derecesi birçok kaynakta %85-97 oranında belirtilmektedir (3,6,8). Vakalarımızda teşhise yönelik peritoneal lavaj uygulanmamıştır. Hastalar yaptırılan basit laboratuvar tetkiklerinin sonuçları görüldükten sonra acilen ameliyata alınmışlardır. Kunt travmalarda barsak perforasyonlarının %30'unu teşkil eden duodenal travmalar serimizde major intraperitoneal yaralanma olarak %3.3 oranında görülmüştür. Pankreatikoduodenal travmalar soliter duodenal travmalara nazaran daha sık olarak görülmektedir (4-6).

Soliter duodenal perforasyonlarda debridman ve primer suture ilaveten komplike vakalarda divertikülasyon yöntemi önerilmektedir (1,7).

Yapılan klinik çalışmalarda kunt abdominal travmalarda gastorintestinal perforasyon genellikle üçüncü sırada yer almasına rağmen bizim serimizde %83.3'lük bir oran ile ilk sırada yer almaktadır (6).

ince barsak perforasyonu ve mezenter rüptürlerinin proksimal jejunum ve distal ileum bölgesinde daha sık oranda meydana geldiği bildirilmektedir (2). Bazı araştırmacılara göre perforasyonlar orta ince barsak bölgesinde daha sık görülmektedir. Treitz ve çekum bölgesindeki sabit noktalara yakın mezenterde ani akselerasyon ve deselerasyona bağlı olarak yırtılmaların ve kopmaların daha sık olduğu, yine ani intraluminal basınç artması sonucu perforasyonların daha ziyade orta ince barsak bölümünde sıkça görüldüğü belirtilmektedir (5).

Abdominal travmalara bağlı kolon yaralanmaları ince barsak travmalarına göre daha az oranda meydana gelir. Minor yaralanmalara transvers kolonda

daha sık rastlanmasına karşın perforasyonlar daha çok sigmoid kolonda, mezenter yırtılmaları ise asendan kolonda daha çok oluşmaktadır (4,5,7).

Major kolon yaralanmalarında travma tipine ve yerine uygun olarak rezeksiyon-anastomoz, primer sütür ve loop kolostomi veya eksteriorizasyon gibi ameliyat teknikleri uygulanmaktadır (2,7). Bizim serimizdeki kolorektal travmalı bir hastaya debridman-primer sütür onarımını takiben loop kolostomi uygulanmıştır. Ameliyat sonrası en büyük problem abdominal kökenli sepsistir ve bütün karın travmalarında en önemli ölüm sebebini teşkil etmektedir, buna ek olarak ölüm oranını artıran diğer bir sebep de birlikte bulunan ekstraabdominal travmanın daha çok dikkati çekerek GİS yaralanmasının geç olarak tanımlanması ve tedavisidir.

Bu sebeplerden dolayı özellikle kurt karın travmalarında oluşmuş GİS yaralanmasının geç tanımlanması, fatal sonuçlu peritonitis, genel metabolik değişiklikler, akut respiratuar, karaciğer ve böbrek yetmezliği gibi sorunlara yol açtığı için (Mortalité oranı %10-30) bu travmaların erken teşhis edilmesi ölüm oranını önemli ölçüde düşürebilir.

Bu seçilmiş seride acil servise abdominal travma nedeniyle müracaat ederek ameliyata alınan 30 hastanın GİS yaralanması bulunan 24'ünde tanı konulma

süresi ortalama 5.4 saat olup mortalite oranı %3.3 olarak tesbit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Bagwell CE, Ferguson WW: Blunt abdominal trauma. Exploratory laparotomy or peritoneal lavage. Am. J.Surg. 139:368-373,1980.
2. Boswath BM: Perforation of small intestine from non penetreions abdominal trauma. Am.J.Surg. 76:472-479, 1984.
3. Cox EF, Dunham CM: A safe technic for diagnostic peritoneal lavage. J. Trauma. 23:152-154,1983.
4. Davis JJ, Cohn I and Nance F: diagnosis and management of blunt abdominal trauma. Ann. Surg. 183:672-676,1976.
5. Davterive AH, Flancbaum L, Cox EF: BLunt intestinal trauma. Ann. Surg. 201: 198-203,1985.
6. Di Vincetti FB, Rives JD, Laborde EJ et al: Blunt abdominal trauma. J.Trauma. 8:1004-1012,1986.
7. Meyer AA, Crass AA: Abdominal trauma. Surg. Clin. North. Am. 62:105-111,1982.
8. Robbs JV, Moore SW, Pillay SP: Blunt intestinal trauma with jejunal injury. J. Trauma. 20:308-311,1980.
9. Sloop RD: The dominant role of paracentesis technic in the early diagnosis of blunt abdominal trauma. Am.J. Surg. 136:145-150,1978.