

## PANKREASIN TRAVMATİK LEZYONLARI

Dr. Nurettin Apaydın, Dr. Sait Rahmi Öner, Dr. Olcay Derman (\*)

Sindirim kanalına bağlı bir gудde olan pankreasın, iltihabi-dejeneratif ve tümöral lezyonları yanında oldukça önemli bir klinik görünüm gösteren ve oluş nedenlerine göre de ayrı özellikler taşıyan oluşumlardan bir tanesi de bu organın travmalarıdır.

Çeşitli etkenlerle oluşmakla birlikte daha çok rastlantı olarak künt karın travmaları sonucunda klinik belirtilerini göstermektedir.

Günümüzün yaşantısında çocuklukla hayatın hızlı ve teknolojik gelişmelerin nedeni yanında travmalarında artık önemli hastalıklar arasında oldukça geniş bir yer tuttuğu hepimizin malûmudur. Bu travmalar arasında özellikle trafik kazaları enkaz altında kalmalar, bazı spor dalları önde gelen faktörlerdendir.

Pankreasın yerleşme yeri olarak anatomisi hatırlanacak olursa karının arka boşluğunda birinci lumbal vertebranın önünde oldukça mafhuz bir bölgede olduğu, ancak strüktürü nedeniyle de fazlası ile vaskülarize ve özellikle litik potansiyele sahip egzokrin fermentleri kapsadığı ve bunların herhangi bir nedenle guddenin dışına çıktığı anlarda çok ağır, dramatik-hemorajik ve otodi jesyan olayları oluşturdukları bilinen bir gerçektir.

Popper ve Necheles'in hayvanlar üzerindeki ekspremental çalışmalarında pankreasın yaralanması ve ezilmesi gibi olayları bizzat cerrahi olarak meydana getirmekle ağır otodijesiyon tabloları görülmüştür. Bu arada lezyonun genişliği ve derinliği ile klinik tablo arasında her zaman paralelismus görülmemektedir. Bazı ahvalde epiplon pankreastaki yarayı kapatarak klinik tablonun tezahüründe gecikmeye sebebiyet verebilir. Bazan da çok ehemmiyetsiz yaralanmalar ağır olayların gelişimine yol açar.

Pankreas travmaları genellikle pek sık görülmemekle beraber oluş nedenlerine göre değişik şekillerde husule gelirler.

1 — Bir yaralanmayı veya abdominal kontüzyonu takiben husule gelen ve acil cerrahi müdahaleyi gerektiren belirtiler kompleksi şeklinde meydana gelenler.

(\*) Şişli Çocuk Hastanesi II. Şirürji Kliniği.

Burada pankreasın yaralanmasının tesbiti ancak eksplorasyon esnasında meydana çıkabilir.

2 — Bazı defalar travmatizmanın çok inisiyal safhada olduğu ve belli belirsiz geçtiği, ancak bir süre sonra peritonun arka çukurunda ankisite bir hematoma veya yalancı kistin husule gelişi şeklinde görülürler.

3 — Bunlara ilâveten aksidantel travmaların sonucunda husule gelen pankreas yaralanmaları da bu travmatizmaların içine girmektedir. Burada, yani cerrahi müdahale esnasında husule gelen pankreas lezyonları söz konusudur. Bunlarda bizzat pankreas cerrahisi, gastro duodenal cerrahi, safra yolları cerrahisi ile karnın bu bölgesinde yapılan diğer ameliyatlarda ve biopsilerde husule gelen travmalar kastedilmektedir.

Doutre ve Patel 1973 senesi eylülünde Fransa Cerrahi Cemiyetinin 75.ci yılı kongresinde, duodenum ve pankreasın künt travmatizmalarına ilişkin çalışmalarında operatuar nadir lezyonlara değinmişlerdir.

Pankreas lezyonları anatomi ve patolojik ve makroskopik olarak:

- a) Basit kontüzyon,
- b) Kontüzyon-hematoma,
- c) Kapsül yırtılması,
- d) Parankima yaralanması,
- e) Organın tam veya kısmi transeksiyonu,
- f) Organın parçalanması.

Pankreas yaralanmaları çokluk olarak harp cerrahisinde müşahade edilmişlerdir. Bu konuda muhtelif müelliflerin tesbit ettikleri nisbetleri şöyle sıralıyabiliriz.

Morlay 1965 abdominal yaralanmada 5 vak'a, Ciaudo 143 yaralıda 1 vak'a, Favre 127 de 1 vak'a, Van Varsevelt 87 vak'ada böbrek yaralanması ile birlikte 1 vak'a bildirmişlerdir. Buradaki orantılara dikkat edilecek olursa nisbet % 1 civarında ve hatta ondan da aşağıdadır. Ancak blok pankreatiko-duodenal lezyonlarında bu orantının % 4 civarında olduğu yine 1973 senesi Fransız Cerrahi Kongresindeki bir çalışma sonunda bildirilmiştir. Şimdiye kadar literatüre kayıtlı olan vak'aların sayısı son 60 yıl içinde 300 adettir. Derviş Manizade Cerrahpaşa Tıp Fakültesi çalışmalarında 1938/1944 seneleri arasında 33 vak'a da bildirmiştir.

1950 senesinden bu yana Şişli Çocuk Hastahanesi Genel Şirürji servisine müracaat etmiş ve batın travması olarak tesbit edilmiş 245 vak'a arasında 5 pankreas lezyonu tesbit edilmiştir. Bunlardan 42 sine lapa-

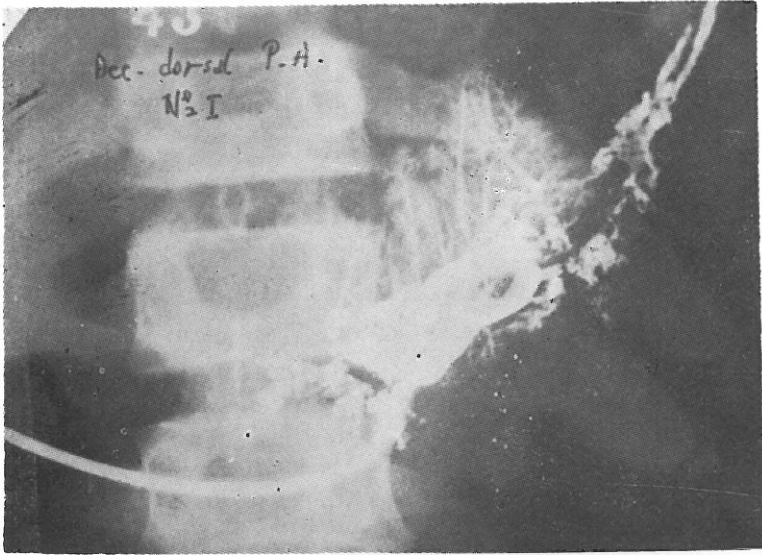
ratomi yapılmış ve 153 vak'a ise tıbbi tedaviye tabi tutulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 11-12 arasındadır. Bu daha ziyade hastanemizin özelliğinden olan bir yaş durumudur. Künt karın travmaları dolayısıyla ameliyat yapılan hastalarda sırasıyla çokluk dalak rüptürü, karaciğer rüptürü, barsak perforasyonları, böbrek rüptürleri, retroperitoneal hematom, mesane ve üretra posterior rüptürlei, kist hidadik rüptürleri, pankreas lezyonları gibi oluşmuşlardır.

Bunlardan Pankreas yaralanmasına uğrayan ilk hastada hem mezokolon ve hem de pankreas rüptürü tesbit edilmiş olup, tamponman ile tedavi edilen 12 yaşındaki bu hasta exitüs olmuştur. Müteakip senelerde pankreas travmasına uğrayan 3 hastadan ikisi Melih Kayan tarafından laparatomize edilmiş ve tesbit edilen yaygın pankreatik ve pankreas ödemi cerrahi olarak tedavi edilmiş olan bu iki hasta ayrıca tebliğ edilmiştir. Bir başka hasta 1972 senesinin ilk ayında künt karın travması ile müracaat etmiş, dalak rüptürü şüphesiyle yatırılarak kontrol altına alınmış ve bir müddet sonra hasta evine gönderilmiştir. Ancak aradan yirmi gün geçtikten sonra hasta karnının sol tarafında gayet aşikâr ve oldukça demonstratif bir şişlikle müracaat etmiş ve kendisini muayene eden arkadaşımız eveliyatını da hatırlıyarak gayet kolaylıkla pankreas kisti teşhisini koymuştur. Servisimizde tedavi edilen ve bir kisto-gastrostomi yapılan hasta burada tebliğ edilmiş ve tıp bülteninin 1.Ocak.1972 sayısında da yayınlanmıştır.

Yukarıdaki vak'aların yanında pankreas travmalarının cerrahi tedavisi esnasında görülen özelliklerden bir tanesini taşıyan diğer bir hastayı bu vesile ile takdim etmek istiyoruz.

Hastamız 14 yaşlarında bir erkek çocuktur. Bize 1972 senesi kasım ayının 15'inde âcil olarak müracaat ettirilmiş ve yatırılmıştır. Hikâyesinde otomobille giderken vira jı dönemiyle uçuruma yuvarlanan bir arabadan çıkarılarak getirildiği bildirilmiştir. Hastanın muayenesinde müracaat anında şuur'una sahip olduğu ve hadiseyi tamamen hatırladığı, cranio -cerebral patolojik bir oluşumun bulunmadığı, nabzının 108, tansiyonunun 11/7 civarında olduğu tesbit edilmiştir. Sağlı deride, yüzünde ve ekstremitelerinde sathi sıyrık ve eziklerden başka bir özellik tesbit edilememiştir. Hareket sisteminin, kardio-toraksik, ürogenital sistemler normal bulunmuştur.

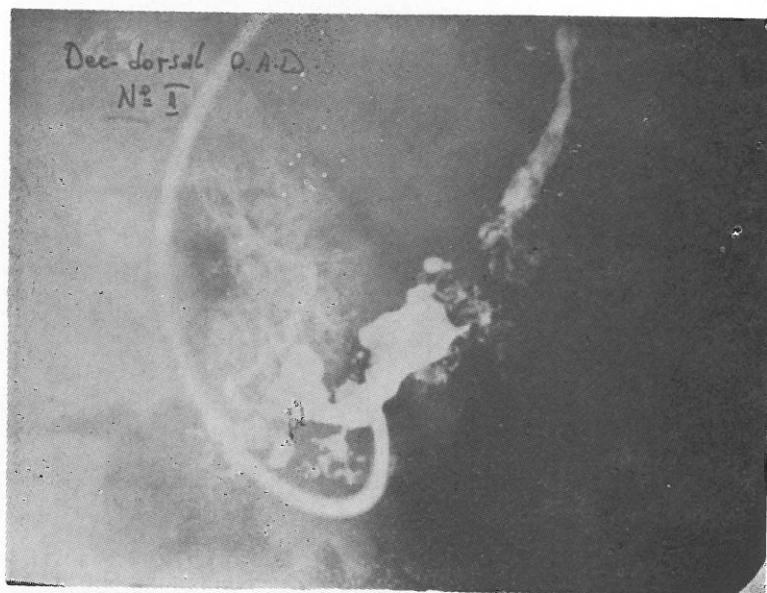
Karnın muayenesinde ne bir sıyrık ne de bir hematom bulunmuştur. Ancak karnın palpasyonunda genellikle sağ fossa iliaca hafif bir kontraktür ile ağrı tesbit edilmiştir. Karnın perküsyonu tamamen normal bulunmuştur. Acilen yapılan ayakta direkt karın grafisinde kolonlar gazlı, diyafragma sınırları normal olup altında serbest havanın bu-



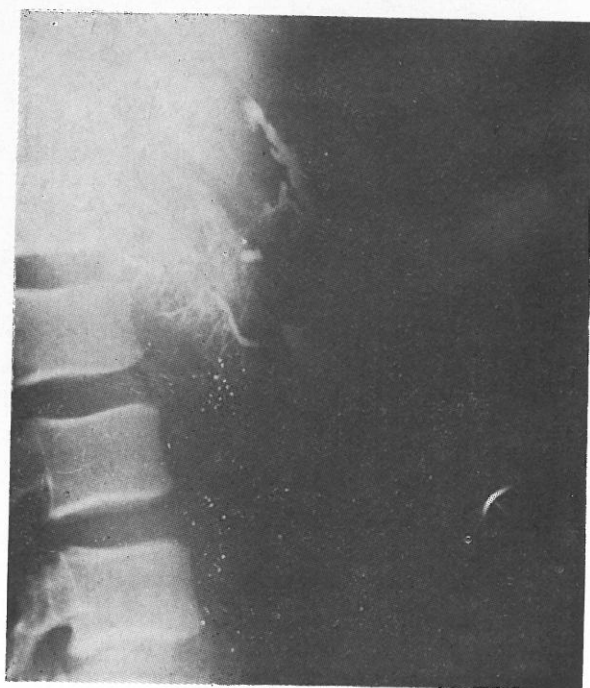
Resim : 1



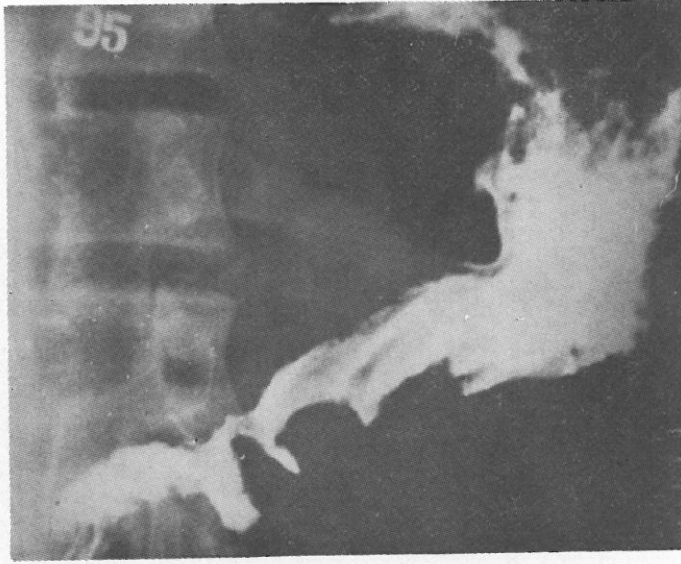
Resim : 2



Resim : 3



Resim : 4



Resim : 5

lunmadığı ayrıca hava-sıvı seviyesi görülmediği tesbit edilmiştir. İdrar muayenesinde makroskopik ve mikroskopik travmaya bağlı bir oluşum bulunmamıştır. Aynı gün saçlı deri ve yüzündeki yaraları genel anestezi altında sütüre edilen hastanın bu çeşit travmalarda yapılmakta olan klasik tıbbî tedavisi uygulanmaya başlanmıştır.

Servise yattığının ertesi gününde de hastanın genel durumunda bir değişiklik görülmemiş, ateş ve nabız normal sınırlar içerisinde seyretmiş, hasta normal miksiyonunu yapmış, kusma, bulantı ve defekasyon gibi olaylar husule gelmemiştir. Karnındaki lokal ağrı ve hassasiyette fazlaca bir değişiklik bulunmamıştır. Ancak ikinci günü, hastanın genel durumunda farklı bir halin dikkati çektiği görülmüş yüz ifadesinin muzdarip olduğu teneffüs hareketlerinin süratlendiği, 120 civarında bir nabzının bulunduğu ve tansiyon arterinin 9/6 olduğu tesbit edilerek karnındaki ağrı ve hassasiyetinde artması üzerine bir iç kanama tablosu gösteren hastaya laparotomi endikasyonu konmuştur. Gerekli hazırlık ve tedbirler alınarak yaptırılan laparotomide karın boşluğunda bol miktarda kan görüldü. Aspirasyon yardımı ile kanamanın orijini araştırıldı. Karaciğer ve dalak tamamen salim bulundu. Ancak retroperitoneal bir hematoma da mevcudiyeti dikkati çekti. Bu arada, gayretle karakteristik olarak omentum çevresinde ve mide-

nin arka yüzünde tache de bougie'lere rastlandı. Bu yoldan hareket ederek pankreasın eksplorasyonuna geçildi. Pankreasın korusu ile kuyruğunun birleştigi yerde vertikal olarak seyreden ve pankreas pankreasını da kateden bir kısmi rüptür tesbit edildi. Kapsulası ve civarında kanama mihrakları mevcut idi. Hemostaz sağlandı. Bu civarda pankreas kanallarından dışarı çıkarak çevre dokularında üzeri nefti, içi lüzuci ve beyaz renkteki mayi de aspire edildi. Yırtılmış kapsüla usulüne uygun olarak gayet ince ipek sütürlerle kapatıldı. Batın içindeki kan tamamen temizlendikten sonra, sadece pankreas lezyonunun bulunduğu yere uzunca bir longet ve petser sondası konarak gastro-kolik ligemant açıldığı gibi kapatıldı. Batın broka sütürleri yardımı ile tabakavi olarak kapatıldı. Bu esnada hastaya nazogastrik aspirasyon yapıldı. Gerek laparotomi ve gerekse anestezi yönünden her hangi bir müşkülata rastlanmadı. Ameliyat gayet kolay ve rahat bir şekilde seyretti. Petser sondası bir kapalı drenaj şişesine ajute edildi. Ameliyat sonrası hasta genel prensipler içinde tıbbî olarak tedavi edilmeye devam edildi. Burada guddenin istirahati, elektrolit ve mayii dengesi, antişok tedavisi ağrı ve enfeksiyon ile antitriptik tedavi uygulanmıştır.

Bu tedavi devam ederken hastanın eksik olan laboratuvar tetkikleri tamamlandı ve tamamen pankreas yaralanmasındaki biyosimik değişmelere paralel bir hal gösterdi.

Bir anemi ve lokositoz görüldü. Sedimantasyonda hızlanma bulundu. Üre ve şekerin tamamen normal olduğu, idrarda glikozuriye rastlanmadığı tesbit edildi. İdrarda diastazın 2048 ünite olduğu kanda 64 ünite olduğu pankreas lojuna konmuş olan drenden gelen mayii de 8192 ünite olduğu görüldü. Aralıklı olarak yapılan bu kontroller aynı nisbetlerde yüksek olarak devam ettiler. Fistül mayii'nin tetkikinde Ph'nin 8,8 yoğunluğun ise 1008 civarında olduğu görüldü. Diğer biyolojik reaksiyonlarında bir özellik tesbit edilmedi.

Ameliyatı takib eden günlerde genel durumda gittikçe bir düzelmeye görüldü.

Başlangıç günlerinde günde 500-300 Sm<sup>3</sup> arasında değişen ve peserden gelen pankreas usaresi zamanla azaldı ve 10 gün sonra günde 50cc kadar bir miktara düştü. Bu sırada pankreas lojuna konmuş olan longet fasılalarla tamamen alınmış bulunuyordu. Cildin pankreas sekresyonu dolayısıyla maserasyonuna mani olmak için gerekli koruyucu tedbirler alındı. Sırasıyla broke sütürleri ve cild dikişleri de alınan hasta drenaj şişesi elinde servise dolaşmaya başladı. Aradan 40 gün geçtikten sonra ve bu arada pesser sondası alınarak yerine ince bir nelaton sondası yerleştirilen hastaya, lipiodol ile, hem fistülün derinliğinin

deki proçesi görmek hem fistül mesiri hakkında bir bilgi edinmek ve hem de lipiodol'un bilinen bir parçacık faydalı tesirinden istifade etmek için fistülograf yapıldı. Bu muayene ile oldukça enteresan radyografik klişiler elde ettik. Fistül ozrofi ile pankreasın kanaliküleri teresüm etti ve girişte de radyopak toplantının bulunduğu kaviter bir teşekkül dikkati çekti. Bir süre daha serviste yatan hasta bir kaç gün sonra kontrolümüz altında kalmak üzere evine gönderdik. Muntazam fasıllarla kontrole gelen hastanın genel ve beslenme durumu normale dönmüş olup, ancak bir kaç gün içinde ufak el ayası kadar kirlenen ve eskisi gibi cildde maserasyon yapmıyan bir akıntısı vardı.

Aradan 2,5 ay geçtikten sonra yeniden servise yatırıldı. Bu defa çok hafif bir sekresyonla adeta permanant hale gelen fistülün ortadan kaldırılması için ne gibi bir müdahale yapabileceğimizi düşünmeye başladık. Bütün tetkikleri yeniden yapıldı. Kan tablosu tamamen normale dönmüş bulunuyordu. Diastazları Kolesistografi, ürografi, mide-duodenum ve ans duodenal tetkikleri yapıldı. Patolojik bir husus tesbit edilemedi. Mevcut fistülden yeniden fistülografi yapılmak isteniyse de fistül trajesinin gittikçe darlaması ve sikatrizasyonu nedeniyle bir netice elde edemedik. Bu hâl bize koruyucu ve bekleyici tedavinin devamında ümitvar olacağını ihsas etmiş oldu.

Eğer hastanın fistülü devam etmiş olsaydı ve bol miktarda pankreas sekresyonu kaybına uğramış olsaydı yapılacak cerrahi tedavi oldukça değişik ve müşkülâtli bir müdahale olacaktı. Bu gibi ahvalde yapılması mümkün olabilen iki husustan bir tanesini uygulamak mümkün olabilecekti. Ya mevcut fistülü sindirim kanalının bir segmenti, (Mide) ile anastomoz yapmaya çalışacaktık veyahutta pankreas kuyruğunun rezeksiyonunu tecrübe edecektik. Her iki halde dahi neticenin ne derece mümkün ve ne derecede başarılı olacağını kestirmek zor olacaktı. Bunun yanında teknik operatuarda çeşitli müdahale şekilleri bulunmaktadır. Bunların arasında pankreas kanallarının polietilen tüplerle çeşitli şekillerde devamlılığının sağlanması yanında sfinkterotomi, pankreatiko-jejunostomi, pankreatiko-duodonostami gibi ancak ilk ameliyat esnasında mümkün olabilecek ameliyat şekilleri zikredilmektedir.

Biz burada bir süre beklemeyi uygun bulduk. Ve bu şekilde de şimdi gördüğünüz gibi hastayı oldukça semptomsuz bir halde sizlere takdim ediyoruz.

Buradan çeşitli sorularla karşı karşıya kalabiliriz. Bunlardan bir tanesi, hastayı önceden primer akut bir pankreatit gibi kabul edip tedaviyi ona göre uygulaysaydık acaba bu ameliyata lüzum kalmaz mıy-



dı? Evvelâ bu teşhisi koymanın gayet güç olduğunu kabul etmek gerekir, ikincisi de akut pankreatitte hadise biyoşimik olarak bir nitritoid kriz olmakla beraber bizim vak'amızdaki gibi pankreas kanaliküllerinin geniş ve yaygın bir şekilde karnın arka çukuruyla iştirakli hali olmamaktadır. Burada bizi ameliyata sevk eden en mühim unsur pankreasın glandüler ve sekretuar segmentleri dışında vasküler yaralanmasının neticesi, ağır kanama tablosudur. Bizde burada hastanın kan kaybını önleyici tedbirleri aldıktan sonra pankreas sekresyonunun periton boşluğuna bulaşmasına mani olacak tamponmanı ve drenağı sağlamış bulduk. İkinci olarak akla gelen husus yukarıda bahsettiğimiz müdahalelerden bir tanesini niye uygulamadık? Bunlardan kanaliküllerin devamlılığını sağlayacak araç ve gereçten yoksun oluşumuz, bir diğeri de belki mümkün olacak bir sol pankreatiktomiden sonra organın geri kalan kısmının pankreas fonksiyonu bakımından ne derece yeterli olacağını kestirememektir ve aynı zamanda bu ameliyeye bir splenectomi de ilave edilecek idi. Riskin en hafif tarafından dönmeyi faydalı bulduk. Bizim yapmış olduğumuz cerrahi müdahale komplikasyonsuz geçmiştir. Bu nedenle bu çeşit müdahalelerde % 30-40 nisbetinde çeşitli komplikasyonlar görülmektedir. Bunlardan psödo kistler, sub frenik abseler, kanamalar, peritonitler, retroperitoneal flegmonlar, diabet ve pankreas yetersizlikleridir.

### Özet

Künt karın travması geçirmiş bir hastada husule gelen bir iç kanama için yapılmış bulunan laparatomide massif bir kanama ile aynı zamanda pankreasın korpusu ile kuyruğu arasında kısmî bir kopma görülmüştür.

Kanayan damarlarda hemostaz sağlanarak loj drene edilmiştir.

Zamanla drenaj bir fistüle dönüşmüş ise de bir süre sonra tamamen kapanmıştır.

### Summary

In a case of blunt abdominal trauma with an internal haemorrhage, laparotomy showed a massive bleeding and a seperation between the body and the tail of pancreas.

Following the bleeding control the lodge had been drained.

By the time the drainage changed to a fistula which then completely healed.

*Literatür*

Chirurgie du Pancreas L. Leger ve J. Brehant 1956

Journal de Chirurgie T. 106 No. 1/2 1973.

Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale 1949

Karın Travmaları Dr. Sâman Belgerden 1972.

Künt Batın Travmaları ve Komplikasyonları. (Tez) Tansu Ertekin  
1973.