

KÜNT KARIN TRAVMALARINA YAKLAŞIM (ULUSAL TRAVMA VE ACİL CERRAHİ DERNEĞİ AYLIK HASTANELER ARASI TOPLANTILARI GENEL SONUÇLARI 2)

APPROACH TO BLUNT ABDOMINAL TRAUMA (GENERAL RESULTS OF MONTHLY INTER-HOSPITAL MEETINGS OF THE TURKISH ASSOCIATION FOR TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY 2)

Dr. Erhan AYŞAN*, Dr. Cemalettin ERTEKİN**, Dr. Recep GÜLOĞLU**, Dr. Acar AREN*

ÖZET

Amaç: Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği hastaneler arası aylık toplantılarının künt karın travmalarına yaklaşımdaki görüşlerini ortaya koymak.

Gereç ve Yöntem: Toplantıların katılımcılarının künt karın travmaları hakkındaki görüşlerinin derlemesi yapılmıştır.

Bulgular: Künt karın travmalarına yaklaşımı iki faktör yönlendirir; hemodinamik stabilite ve bilinç durumu. Hemodinamisi stabil olgularda ilk yardımcı tanılabilir yöntem olarak genellikle ultrasonografiyi (USG) tercih ediyoruz. USG olanağı yoksa ilk yardımcı tanı yöntemi olarak diagnostik periton lavajı (DPL) uygulanabilir. Hemodinamisi stabil olmayan multi-travmalı olgularda hemodinamiyi bozan odağın neresi olduğunu bilmiyorsak periton boşluğuna olan kanamayı teşhis etmek amacıyla USG yada DPL yapılmasını önermekteyiz. Fakat hemodinamik bozukluğun karın travmasına bağlı olduğundan eminsek yardımcı tanı yöntemine gerek yoktur.

Sonuç: Hemodinamiyi bozan nedenin karın içi hasar olduğunu düşündüğümüz tüm olgularda bizim tercih ettiğimiz ve önerdiğimiz uygulama; resüsitasyon ve hemen laparotomidir. Hemodinamisi stabil olmayan künt travmalı olgularda pelvis kırıkları varsa "hemen laparotomi" taraftarı değiliz. Çünkü bu olgularda hemodinamiyi bozan faktörün pelvik damarlardan kanamalar olma olasılığı yüksektir. Bu hastaları agresif resüsitasyon uygulanarak BT ile değerlendirmek gerekir düşüncesindeyiz. Çünkü bu olgularda DPL'nin yanlış pozitiflik oranı yüksektir. Cerrah; yaşam kurtarmak adına laparotomiye sığınmamalı hastasını negatif ve non-terapötik laparotomilerin morbiditesine atmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Künt karın travması

SUMMARY

Background: In this review we wanted to explane of opinions of The Turkish Association for Trauma and Emergency Surgery monthly inter-hospital meetings results.

Methods: Opinions of meetings participants about blunt abdominal trauma were reviewed.

Results: Haemodynamic stability and conscience situation are the main factors to determine the approach to blunt abdominal trauma patients. We generally prefer ultrasonography (USG) to first step diagnostic technique for haemodynamically stable patients. If USG is not possible, diagnostic peritoneal lavage (DPL) could be perform. We propose that DPL or USG could be perform when the focus is not known in the haemodynamically unstable, multi-traumatised patients. But we don't agree to perform any diagnostic techniques if we know that haemodynamic unstability is caused from intraperitoneal injury.

Conclusion: We prefer and propose resuscitation and emergency laparotomy for all patients of whom focus of the haemodynamically un-stability is intra-abdominal damage. But if the haemodynamically un-stable patients have pelvic bone fractures we don't propose the emergency laparotomy, because the probable focus of the serious bleeding is pelvic vessels. In our opinion that patients must be resuscitated aggressively and evaluated with CT, because in this situations false positivity of the DPL is often. Surgeons must not take shelter the laparotomy for the name of life rescue, because negative and non-therapeutic laparotomy has high morbidity.

Key Words: Blunt abdominal trauma

GİRİŞ

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneğinin son sekiz yıldır İstanbul'da düzenlediği aylık olgu sunum ve tartışma toplantılarında benimsenen genel yaklaşımların ilkinin "Penetran Karın Travmalarına Yaklaşım" başlığıyla yayınlamıştık (1).

Künt karın travmalı olgulara yaklaşımı derlediğimiz bu makale ve bunu izleyen seri makalelerde toplantılarda fikir birliğine vardığımız noktalar sunulup tartışmalı konularda katılımcı grupların fikir ayrılıkları açıklıkla ortaya konulacaktır. Gerekli olduğunda temel bilgilere "değinilecek", ancak ayrıntısına inilmeyecektir.

Görüşlerimize literatürden bilgiler de eklenecektir. Makaleler serimizde en çok üzerinde durduğumuz kavramların "hastaya özel seçici (selektif) yaklaşım" ve "hemodinamik stabilite" olduğunu vurgulamak isteriz.

Amacımız; travma olgularına yaklaşımda ülkemizdeki sağlık hizmet kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamak, yanlış, eksik bilgi ve yetersiz deneyimden kaynaklanabilecek "insana zararlı" girişimleri önlemektir.

GENEL SINIFLANDIRMA

Künt travmalar literatürde oluş mekanizmalarına göre 5 ana grupta incelenir (2):

- 1- Motorlu Araç İçi Kaza: Biz bunları tartışırken AİTK şeklinde kısaltıyoruz.
- 2- Motorlu Araç Dışı Kaza: Bu başlık için ADTK kısaltmasını kullanmaktayız.
- 3- Darp
- 4- Yüksekten Düşme
- 5- Diğer

Toplantılarımıza katılan 13 hastane İstanbul ve Bursa'nın sosyo-ekonomik olarak çok farklı bölgelerinde olduğu için 5 künt karın travması türünü de sıklıkla tartışma olanağımız doğmaktadır.

Bu makalede travma türlerinin oluş mekanizmaları ve bunlarla ilintili ortaya çıkan farklı tür hasarlara girmeyeceğiz.

Penetran karın travmalarına yaklaşımı 2 etken belirler; hemodinamik stabilite ve penetrasyonun anatomik yeri (1). Ancak, künt karın travmasında ortada bir yara yoktur, dolayısıyla yaraya yönelik anatomik yaklaşım da olamaz. Bu nedenle teorik olarak hasarın diyafragmadan pelvis tabanına kadar her yerde olabileceğini düşünerek künt karın travmalarına yaklaşımda ikinci basamağa "bilinç durumunu" koymaktayız.

Yani künt karın travmalarına yaklaşımda 2 ana etken rol alır:

Hemodinamik stabilite

Bilinç durumu

Literatürde de genel yaklaşım bu yöndedir (3).

HEMODİNAMİSİ STABİL KÜNT KARIN TRAVMALI OLGULARA YAKLAŞIMIMIZ:

Hemodinamisi stabil, bilinci açık olgularda anamnez ve fizik muayene bulguları çok değerli bilgiler verir. Örneğin; aracın hangi koltuğunda oturduğu, aracın vücudun neresine çarptığı, kaç metre yüksekten nasıl bir zemine düştüğü gibi. Bilinci açık olgularda özenli fizik muayene değerli bilgiler verdiğinden her hastada yardımcı tanı yöntemlerine başvurulması gerekli değildir. Fizik muayenede akut karın tanısı konan ve hemodinamik bozuk nedeninin karın içi patoloji olduğunu düşündüğümüz tüm olgularda acil laparotomi endikasyonu olduğuna inanıyoruz.

Bilinci açık olup fizik muayene bulgularının akut karınla

uyumlu olmadığı olgularda bazen sadece izleme yetinirken, bazen de yardımcı tanı yöntemlerine başvuruyoruz. Hemodinamisi stabil bu tür olgularda yapılan tercih; olguya, travmaya, hastane şartlarına ve ekibin deneyimine göre değişebiliyor. Hemodinamisi stabil olup bilinci kapalı tüm olgularda ise yardımcı tanı yöntemlerinden yararlanıyoruz.

Son literatürlerde olduğu gibi biz de ilk yardımcı tanı yöntemi olarak genellikle ultrasonografiyi (USG) tercih ediyoruz. Gerçekten de USG; non-invazif, uygulanımı kolay, acil muayene odasında yapılabilen, stabil postür gerektirmeyen, gerektiğinde tekrarlanabilen, cerrahlar tarafından da uygulanabilen ayrıca ucuz bir yöntem olduğu için günümüzde ilk basamak yardımcı tanı yöntemidir (4,5). USG bize en çok solid organlardaki yaralanma bulguları ve serbest sıvı varlığı konularında yardımcı olmaktadır (4,6,7).

Literatürde FAST (focused abdominal sonography for trauma) olarak geçen karnın dört kadranının hızla değerlendirilmesi yöntemini bazı kliniklerimiz uygulamaktadırlar (8).

Bilgisayarlı Tomografi (BT) solid organların ve özellikle retroperitonun değerlendirilmesinde önemli bilgiler vermektedir (9). USG'de solid organ hasarı veya periton içi sıvı tespit ettiğimiz olgularda genellikle ikinci basamak olarak BT'yi tercih etmekteyiz.

BT; USG'nin bilgi vermekte zorlandığı pankreas, duodenum, diyafragma gibi organlar hakkında da ayrıntılı bilgiler verebilmektedir. Ancak BT'nin en çok eleştiri alan yönleri; lümenli organ perforasyonlarını tanımadaki yetersizliği, transport gerektirmesi, pahalı olması ve periton boşluğundaki sıvıyı gösterse de bu sıvının ne olduğu hakkında bilgi vermemesidir (10). Ayrıca görüntüleme sırasında hastanın hareketsiz kalma gereği tanıya götüreceği kaliteli bir çekim için önemli bir faktördür. Travmalı olgularda bu durum gerçekten ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. BT'nin pelvis kırıklı olgularda retroperitoneal kanama varlığı ve miktarının belirlenmesinde değeri büyüktür.

USG ve/veya BT'de elde ettiğimiz patolojiler varsa bir sonraki basamağı planlıyoruz. Eğer kesin laparotomi endikasyonumuz yoksa hastayı gözleme alıyoruz. Karın ağrısı devam eden ancak USG ve BT'de pozitif bulgular elde edemediğimiz olgularda da tercihimiz genellikle izlem yönündedir. Bu tür durumlarda USG ve/veya BT olanağı olmayan bazı gruplarımız ilk yardımcı tanı yöntemi olarak diagnostik periton lavajını (DPL) uygulayabiliyorlar.

DPL'de barsak içeriği gelmesi acil laparotomi için kesin tanı koydurmaktadır, ancak bu duruma nadir rastlıyoruz. DPL'de gelen kan miktarını tek başına bir laparotomi endikasyonu olarak görmüyoruz; gelen kan miktarı ile resüsitasyon sonrası hemodinamik durumu ilintilendiriyoruz. Kanama devam etse de hemodinami stabilse özenli bir izlem yapılması görüşünde hemfikiriz.

Pelvis fraktürü olan hastalarda yanlış pozitif DPL

sonuçları ile sık karşılaşmaktayız. Bu nedenle DPL'de kanama gördüğümüz olguları mutlaka pelvis kemik kırıkları ve bunların stabilitesi açısından da değerlendiriyoruz.

Hasta izlemi deneyim gerektiren bir ekip işi olduğu için ekibini yeterli görmeyen bazı meslektaşlarımız erken laparotomiye tercih edebilmektedirler. Nonterapötik laparotomi yapmış meslektaşlarımızla olan sohbetlerimizde en sık ekibin yetersizliği ve adli baskıların kendilerini buna zorladığı duyumunu alıyoruz. Bizce bu gerekçeler belki bir perifer hastanesi için geçerli olabilir ama bir üniversite yada eğitim hastanesi için bu tür bir gerekçeyi kesinlikle kabullenmiyoruz!

Künt karın travmalı olgularda (özellikle retroperitonda kanama varsa) düz pelvis grafisi önemli bilgiler verir (11). Pelvisde kemik fraktürleri retroperitona kanama etyolojisinde önemli yer tuttuğu için künt travmalarda rutin olarak uyguluyoruz.

Pelvis fraktürü olan hastalarda DPL gerekiyorsa periton boşluğuna girişi göbük üstünden yapıyoruz. Bu olgularda ortopedi konsültasyonu ve aynı seansda acil pelvis stabilizasyonu gereğini önemli noktalar olarak vurgulamak isteriz. Yine bu tür Pelvik damarlardan kanama düşünülen olgularda eğer olanak varsa acil anjiyografi ve aynı seansda embolizasyonun yaşamsal önemi olduğunu vurgulamak gerekir.

Bazı gruplar pozitif USG bulguları varlığında son yıllarda giderek artan sayıda diagnostik ve/veya terapötik amaçlı laparoskopiyi uygulayabiliyorlar.

HEMODİNAMİK STABİLİTESİ OLMAYAN KÜNT KARIN TRAVMALI OLGULARA YAKLAŞIM

Hemodinamik açıdan stabil olmayan olgularda ilk müdahale odasında ciddi bir resüsitasyon telaşı yaşıyoruz; travma tipine ve eşlik eden patolojilerine bağlı olarak önce birinci basamak resüsitasyon işlemlerini (A,B,C,D,E,F,G) yapıyoruz. Buraya kadar olan bölüm zaten travmanın temeli olduğu için gruplarımız arasında fikir ayrılığı yoktur. Ancak resüsitasyona cevap vermeyen künt travmalı olguda hemodinamik bozukluğun nedeni karın içi patoloji(ler) olup olmadığı sorusuna hızla yanıt verilmesi ve gecikmeden girişim yapılması gereklidir.

USG ve BT'nin künt karın travmasındaki tanısal değerini tartıştık, ancak bunlar transport gerektiren ve zaman alan işlemlerdir. Bu nedenle hemodinamik stabilitesi olmayan olgularda uyguluyoruz.

Bizce şu noktanın vurgulanması önemlidir: Hemodinamisi stabil olmayan künt travmalı olgularda pelvis kırıkları varsa "hemen laparotomi" taraftarı değiliz. Çünkü bu olgularda hemodinamiyi bozan faktörün pelvik damarlardan kanama olma olasılığı yüksektir. Bu hastaları hızla resüsite edip BT ile değerlendirmek gerekir düşüncesindeyiz; kırıklar stabil mi? pelvisde hematoma var mı? varsa miktarı ne kadar? bozulmuş hemodinamiyi

açıklayacak düzeyde mi?

Bizce bu soruların yanıtını en iyi acil BT verebilir ve bu yoolla gereksiz bir laparotomi önlenir (9).

Bazı gruplar hemodinamisi stabil olmayan olgularda hemen DPL'yi tercih ediyor. Ancak bu yöntem periton boşluğuna kanama varlığını gösterse de bunun kaynağı hakkında bilgi vermez. Aksine gereksiz zaman kaybına neden olur.

Ancak; multi-travmalı bir olguda hemodinamik bozukluğun kaynağının neresi olduğunu bilmiyorsak periton boşluğundaki olası kanamayı teşhis etmek amacıyla resüsitasyon odasında USG veya "hemen DPL" yaklaşımını onaylamaktayız. Fakat hemodinamisi bozuk bir olguda sadece künt karın travması varsa kanama odağı zaten belli olduğu için DPL yapılmasını uygun bulmuyoruz.

Hemodinamiyi bozan nedenin karın içi yaralanma olduğunu düşündüğümüz olgularda bizim tercih ettiğimiz ve önerdiğimiz uygulama ilk resüsitasyonu takiben hemen laparotomidir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki multi-travmalı olgularda bu karara varmak güçtür ve çoğunlukla yardımcı tanı yöntemlerine (USG, DPL) gereksinim vardır.

SONUÇ

Künt karın travmalı olguya yaklaşımda birincil belirleyici etken resüsitasyon sonrası hemodinamik stabilitedir. İkincil etken ise bilinç durumudur. Hemodinamik açıdan stabil olgularda tanısal yaklaşımlar çeşitli olabilir ancak önemli olan hastaya ve hastane olanaklarına göre en uygun olanların seçilip doğru sırayla uygulanmasıdır.

Bu bağlamda USG'nin değerini vurgulamalıyız; künt karın travmalı tüm olgularda ciddi yararları olan ve önemi gözadri edilemez bir tanısal yöntemdir.

USG; hemodinamisi stabil olgularda zaten algoritmanın önemli bir basamağıdır. Hemodinamisi stabil olmayan olgularda ise acil müdahale odasında mevcutsa mutlaka yararlanılmalı; en azından pelvisde serbest sıvı varlığı için USG'ye başvurulmalıdır.

Negatif (ve non-terapötik) laparotomileri önlemek zorundayız. Çünkü negatif laparotomi morbiditesi %18'lere varabilen çok invazif bir işlemdir (12).

Künt karın travmalı olgularda temel sorun hemodinamisi stabil olmayan veya stabil olup zaman içinde hızla kötüleşen olgularda kısa sürede tanıyı koyabilmektir. Bu da öncelikle yeterli bilgi birikimi ve deneyim gerektirir. Bu birikim üstüne oturtulan doğru yöntemin seçimi ve hızla uygulamaya geçme yetisi hasta açısından yaşamsal riski en aza, iyi hekimlik açısından mesleki tatmini en üste çıkaracaktır.

Yardımcı tanı yöntemlerinin sayısının ve kalitesinin oldukça arttığı günümüzde şüphede kalınan travma olgularında "açıp bakırım" mantığıyla yaklaşımı kesinlikle iyi hekimlik anlayışıyla bağdaştırmıyor ayrıca da insanı bulmuyoruz.

Biz toplantılarımızda, hemodinamik açıdan stabil bir künt karın travması olgusuna sol üst karın bölgesindeki ağrı nedeniyle hiç bir yardımcı tanı yöntemine başvurmadan hemen laparotomi yapan meslektaşımızı eleştiriyoruz; olgu onun sezindiği gibi splenektomi gerektirecek yüksek grade bir dalak rüptürü çıkmış olsa bile! Çünkü gereksiz riske atılan o insana ve bizi arka sıralardan dinleyen genç meslektaşlarımıza umursamazlık edemeyiz!

KAYNAKLAR

1. Aysan E, Ertekin C, Aren A, Güloğlu R. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneğinin aylık hastaneler arası toplantılarının genel sonuçları-1: Penetran karın travmalarına yaklaşım. *Ulus Travma Derg.* 2001; 7:77-81
2. Timothy C. Fabian, Martin A. Croce. Abdominal trauma, including indications for celiotomy. In: Kenneth L. Mattox, David V. Feliciano, Ernest E. Moore EE, eds. *Trauma*. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2000: 583-599
3. Norman E, McSwain Jr. Kinematics of trauma. In: Kenneth L. Mattox, David V. Feliciano, Ernest E. Moore EE, eds. *Trauma*. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2000: 127-153
4. Kirkpatrick AW, Simons RK, Brown DR, Ng AK, Nicolaou S. Digital hand-held sonography utilised for the focused

assessment with sonography for trauma: a pilot study. *Ann Acad Med Singapore* 2001;30:577-581

5. McKenney MG, McKenney KL, Hong JJ, Compton R, Cohn SM et al. Evaluating blunt abdominal trauma with sonography: a cost analysis. *Am Surg* 2001;67:930-934
6. McKenney KL. Ultrasound of blunt abdominal trauma. *Radiol Clin North Am* 1999; 37: 879-893
7. Yoshii H, Sato M, Yamamoto S, Motegi M, Okusawa S, et al. Usefulness and limitations of ultrasonography in the initial evaluation of blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1998; 45: 45-50
8. Henderson SO, Sung J, Mandavia D. Serial abdominal ultrasound in the setting of trauma. *J Emerg Med* 2000; 18: 79-81
9. Schwab CW. Selection of nonoperative management candidates. *World J Surg* 2001;25:1389-1392
10. Jhirad R, Boone D. Computed tomography for evaluating blunt abdominal trauma in the low-volume non-designated trauma center: the procedure of choice? *J Trauma* 1998; 45: 64-68
11. Peytel E, Menegaux F, Cluzel P, Langeron O, Coriat P et al. Initial imaging assessment of severe blunt trauma. *Intensive Care Med* 2001;27:1756-1761
12. Ross SE, Dragon GM, O'Malley KF, Rehm CG. Morbidity of negative celiotomy in trauma injury. *Injury* 1995; 26: 393-394

* SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği. İstanbul

** İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı. İstanbul

Yazışma Adresi: Dr. Erhan Aysan

Dikilitaş Emirhan Cad. No:3 Beşiktaş İST.

Posta Kod: 80700

e-posta: erhanaysan@superonline.com