

**MINÖR KÜNT KARIN TRAVMASINA BAĞLI İZOLE İNCE BARSAK
YARALANMASI (4 VAKA NEDENİYLE)****ISOLATED SMALL BOWEL INJURY CAUSED BY MINOR BLUNT TRAUMA
(REPORT OF 4 CASES)****Dr.Ali KILIÇ Dr.Mahmut BAŞOĞLU Dr.Talip BAŞAK Dr.Önder ÖZCAN Dr.Ali GÜNEŞ**

SUMMARY: *The diagnosis of small intestinal perforations in major blunt abdominal traumas is not so much difficult, because the possibility always kept in mind. This possibility is not thought for minor blunt abdominal traumas. The patient should be examined at frequent intervals if necessary other accessory diagnostic procedures must be used. Four patients with isolated small intestinal perforation due to minor blunt abdominal trauma were treated in the duration of six yeears (1990-1996).*

Key Words: *Small Bowel Injuries, Trauma.*

İnce barsaklar künt karın travmalarından sonra üçüncü sıklıkla yaralanan organlardır. Yaralanmaya sebep olan travma genellikle trafik kazası gibi şiddetli travmalardır. Acil laparotomi gerektiren ciddi yaralanmalarda ince barsakların hasar görme oranı %5-15 arasında değişirken, minör yaralanmalarda bu oran %1 civarındadır (1). Biz bu makalemizde altı yıllık sürede (1990-1996) minör künt karın travmasına bağlı izole ince barsak yaralanması olan dört olguyu literatür ışığında irdeledik.

1. Hasta: 55 yaşında diğer yönlerden sağlıklı erkek hasta, anamnezinde müracaatından 36 saat kadar önce yolda yürürken düşme hikayesi mevcut. Karın ağrısı, bulantı şikayetleri vardı. Vital bulgular, TA: 100/70mmHg, nabız 100/dk idi. Fizik muayenede ciltte lezyon yoktu. Karın solunuma katılıyor, barsak sesleri azalmış, palpasyonda paraumblikal bölgede şiddetli hassasiyeti mevcuttu. Muskuler defans ve rebaund pozitif. Hemogramda beyaz küre (BK) 15000/mm³ idi. Hb ve diğer kan biokimyası normaldi. PA akciğer grafisinde ve ayakta direk karın grafisinde normal bulgular vardı. Batın ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hasta akut karın tanısıyla yatırıldı ve acil operasyona alındı. Karında ince barsak muhtevası vardı. Eksplozasyonda ileoçekal valv'den 80cm proksimalde ileum antimezenterik yüzde yaklaşık 1cm çapında bir adet perforasyon saptandı. Yara

kenarları debridmanı yapılarak basit kapama yapıldı. Post-operatif altıncı günde yara enfeksiyonu çıkan hastanın yara bakımı yapıldı ve kültüre uygun antibiyotik verildi. Hasta postoperatif 20. günde taburcu edildi.

2. Hasta: 35 yaşında diğer yönlerden sağlıklı erkek hasta 12 saat kadar önce yolda yürürken düşme şikayeti vardı. Düşükten 2 saat kadar sonra karın ağrısı oluşmuş. Vital bulgular TA: 120/80mmHg, nabız 88/dk idi. Fizik muayenede ciltte travmayı düşündürecek herhangi bir lezyon tesbit edilmedi. Karın muayenesinde akut karın bulguları tesbit edildi. Hemogramda beyaz küresi 20000/mm³ idi. Hb ve kan biyokimyası normaldi. PA akciğer ve ayakta direk karın grafilerinde her iki diafragma altında serbest hava görünümü vardı. Hasta acil operasyona alındı. Karında ince barsak muhtevası tesbit edildi. Eksplozasyonda ileoçekal valv'den 100cm proksimalde antimezenterik yüzde 0,5cm çapında bir adet perforasyon saptandı. Perforasyon basit kapama yapıldı. Postoperatif dönemde problemi olmayan hasta 7. günde taburcu edildi.

3. Hasta: 72 yaşında, KOAH'ı bulunan erkek hasta, hastaneye kabulden 12 saat önce yürürken düşme ve hafif karın ağrısı şikayeti vardı. Hastanın muayenesinde genel durum orta, şuur açık, koopere idi. TA: 160/100mmHg, nabız 110/dk idi. Fizik muayenede cilt lezyonu saptanmadı. Orta derecede distansiyon mevcuttu. Karnın solunuma iştiraki azalmıştı. Barsak sesleri hipokinetikti. Karında tüm kadranlarda hafif hassasiyet mevcuttu. Musküler defans saptanmadı, rebaund pozitif. Beyaz küre 14000/mm³, Hb 18 gr/dl, BUN 41mg/dl, Kreatinin: 1,9 mg/dl idi. PA

akciğer grafisi ve ayakta direk karın grafilerinde her iki diafragma altında serbest hava görünümü vardı. Hasta operasyona alındı. Karında ince barsak muhtevası vardı. İleoçekal valv'den 120cm proksimalde, antimezenterik yüzde yaklaşık 0,5cm çapında bir adet perforasyon saptandı. Perforasyon yerine basit kapama uygulandı. Postoperatif dönemde problemi olmayan hasta 8. günde taburcu edildi.

4. Hasta: 62 yaşında, diğer yönlerden sağlıklı erkek hasta karın ağrısı, bulantı nedeniyle acil polikliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde TA: 150/90mmHg, Nabız 94/dk idi. Fizik muayenesinde, ciltte travmayı düşündürecek lezyon yoktu, karının solunuma iştiraki azalmıştı, barsak sesleri hipokinetikti, karnada özellikle paraumblikal bölgede olmak üzere her iki alt kadranda hafif hassasiyet mevcuttu. Musküler defans ve rebaund yoktu. Hastanın müracaat anındaki beyaz küre sayısı 9800/mm³ idi, Hb ve diğer kan biyokimyası normal bulundu. PA akciğer ve ayakta direk karın grafisi normal idi. Gözlem amacıyla yatırılan hastada akut karın bulguları gelişti. Beyaz küre 12000/mm³'e yükseldi. Yatışının onuncu saatinde operasyona alındı. Laparotomide karında ince barsak muhtevası vardı. Eksplorasyonda ileoçekal valv'den 180cm proksimalde, antimezenterik yüzde yaklaşık 1cm çapında, bir adet perforasyon saptandı. Perforasyon yerine basit kapama yapıldı. Hastanın operasyondan sonra yapılan geriye dönük sorgulamasında, müracaatından yaklaşık altı saat kadar önce düşme hikayesi olduğu öğrenildi. Operasyon sonrası dönemde problemi olmayan hasta 8. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Künt karın travması nedeniyle ince barsak perforasyonu Aristo zamanından beri bilinmektedir. Aristo "Hafif darbeler ciltte herhangi bir lezyona sebep olmaksızın ince barsaklarda yaralanmaya neden olur" demiştir (2). Künt karın travmalarının günümüzdeki en sık sebebi trafik kazalarıdır. Direk karına vurulan yumruk, tekme gibi künt darbeler, yüksekte düşme ve patlayıcı maddelerin blast etkileri de ince barsaklarda ve mezenterde ciddi hasara sebep olabilir ve bu hastaların cildinde herhangi bir yaralanma belirtisi olmayabilir (1-3). Bizim hastalarımızın da hiçbirisinde direk karına vurulan bir darbe veya trafik kazası gibi büyük travma hikayesi yoktu ve muayenelerinde ciltte travmayı düşündürecek lezyon saptanmadı.

Künt karın travmalarında oluşan ince barsak yaralanmalarının oluş mekanizması tam olarak anlaşılmamış olmakla beraber bazı teoriler ileri sürülmüştür. Bunlar

arasında; ince barsakların batın ön duvarı ile vertebralar arasında sıkışması, barsak içindeki basıncın ani artışı, nispeten fikse olan noktadan barsak boyunca olan gerilimin artması ve yırtılması, en çok kabul görenlerdir (4). Yaralanmanın mekanizması ne olursa olsun künt karın travmalarındaki ince barsak yaralanmalarının erken tanı ve tedavisi morbiditenin azaltılması açısından önemlidir, çünkü bu tür yaralanmalarda şiddetli enfeksiyon oranı oldukça fazladır. Bir çok çalışmada gösterilmiştir ki tanıdaki gecikmeler mortaliteyi artırmaktadır (4,5). Tanıda fizik muayenenin önemi birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır fakat güvenliğide tartışılmıştır (3,5). Bizim hastalarımızda ilk müracaat anında yapılan muayenelerinde bir hastada (2. hasta) acil operasyon gerektirecek bulgular saptandı. Diğer hastalarımızda ilk andaki muayene bulguları acil operasyon kararı için yeterli değildi.

Tanıda, direk karın grafileri diyagnostik peritoneal lavaj (DPL), ultrasonografi ve tomografi gibi birçok yardımcı muayene metodları kullanılmıştır. Ayakta direk karın grafisinde serbest hava görünümü tesbit edilmesi tanı açısından oldukça kıymetlidir ve tedavinin gecikmesini önler, fakat çoğunlukla serbest hava görülmez (3). Bizim hastalarımızın ikisinde (2.3. hastalar) serbest hava görünümü vardı ve bunlara erken laparotomi uygulandı. Yardımcı tanı metodları içinde tanıya en faydalı olanı diyagnostik peritoneal lavajdır. Barsak yaralanmasını göstermede tomografiden üstündür (5,6). Bizim hastalarımızda DPL'nin kullanılmamış olmasının nedeni ilk üç hastada, tanının klinik veya radyolojik metodlarla erken konulmuş olup ihtiyaç kalmamasındandır, dördüncü hastada ise sorgulamasında operasyondan önceki dönemde düşme hikayesi vermemesidir. Literatürde, künt karın travmalarında distal ileum ve proksimal jejunum mezenterlerinin kısa olmalarından dolayı daha fazla yaralandıkları belirtilmiştir (2). Bizim olgularımızın tümünde ise yaralanma ileum orta kesiminde daha yakındı. İnce barsak yaralanmalarına operatif yaklaşım klasikleşmiş olup küçük ve tek yaralanmalarda basit kapama uygulanmaktadır, bizim olgularımızda da bu uygulanmıştır.

Olgularımızın yalnızca birinde yara enfeksiyonu gelişti (1. hasta), bunda hastanın geç müracaat etmesinin etkil olduğunu düşünüyoruz. Diğer hastalarımızda problem olmadı.

Tüm gelişmiş yardımcı tanı metodlarına rağmen ince barsak perforasyonu erken dönemde saptanamayabilir, bu gecikme morbidite ve mortalitenin artmasına sebep olur. Bu nedenle başarılı sonuçlar için küçük travmalarda da ince barsak perforasyonu olabileceği mutlaka akılda bu

lundurulmalıdır. Bu gibi hastalarda iyi alınmış anamnez, sık aralıklarla yapılan fizik muayene, ayakta direk karın grafisi ve tanı amaçlı peritoneal lavaj erken tanı konulmasını sağlayacaktır. Bunların yetersiz kaldığı durumlarda diğer yardımcı tanı metodları kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bloom AI, Reissman P, Etd A, et al: Isolated ileal perforation after minor blunt abdominal injury. *Eur J Surg*; 161: 57, 1995.
2. Guarino J, Hasse JM, Luchette FA: Small bowel injuries mechanisms patterns and outcome. *J Trauma*: 39; 1076, 1995.
3. Reilley E, Marks M, Nance F, et al: Small bowel trauma in children and adolescent. *Am Surg* 51; 3: 132, 1985.
4. Dauterive AH, Flancbaum L, Cox EF: Blunt intestinal trauma. *Ann Surg* 201; 2: 198, 1985.
5. Kearney PA, Vahey T, Burney RE, et al: Computed tomography and diagnostic peritoneal lavage in blunt abdominal trauma. *Arch Surg* 124; 344, 1989.
6. Gomez GA, Alvarez R, Plasencia G, et al: Diagnostic peritoneal lavage in the management of blunt abdominal trauma: A Reassessment. *J Trauma* 27: 1, 1987.