

**KÜNT KARIN TRAVMASI NEDENİ İLE MEYDANA GELEN
İZOLE İNCE BARSAK PERFORASYONLARI**

Dr. Erdoğan M. SÖZÜER*

Dr. Metin ŞEN**

Dr. Yaşar YEŞİLKAYA***

Dr. Nihat BENGİSU**

Ö Z E T :

1976 - 1984 yılları arasında künt karın travması nedeni ile izole ince barsak perforasyonu meydana gelen 24 hasta gözden geçirildi. Bu hastalar travmanın oluş saatinden itibaren ortalama 28 saat gecikme ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvurmuşlardır. Bu da % 25 olarak belirlenen mortalitenin yüksek olmasına sebep olan en önemli faktörlerden biridir. Ayrıca çalışmamızda künt travma nedeni ile meydana gelen izole ince barsak perforasyonlarının, klinik olarak erken tanısının zor olduğu, peritoneal lavajın bu gibi vakalarda en çabuk ve en doğru tanı yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır.

S U M M A R Y :

**ISOLATED SMALL BOWEL PERFORATIONS DUE TO
BLUNT ABDOMINAL TRAUMA :**

Twenty four patients with isolated small bowel perforation due to blunt abdominal trauma, between the years 1976 and 1984, were reviewed. These patients were admitted to Erciyes University Medical School approximately 28 hours after trauma. This is one of the most important factors which explained the higher mortality of 25 percent. In this study, we also concluded that the early diagnosis of isolated small bowel perforation due to blunt abdominal trauma is very difficult clinically and in such cases peritoneal lavage was found to be the most rapid and accurate diagnostic method.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı.

GİRİŞ :

Künt karın travması nedeni ile meydana gelen izole ince barsak perforasyonlarında kanama ve bakteriel kontaminasyonun minimal olması nedeni ile peritonit bulguları geç ortaya çıkmakta ve hastalar hastaneye geç başvurmaktadırlar. Yine peritonit bulgularının geç ortaya çıkması, daha kısa sürede hastaneye başvuran hastalarda da erken tanının konmasında bazı problemlerle karşılaşılmasına yol açmaktadır. Laboratuvar ve röntgen çalışmaları da kesin tanıya götürücü nitelikte olmadığı için, künt travmaya bağlı izole barsak perforasyonlarında yüksek mortalite ve morbidite gözlenmektedir.

MATERYAL ve METOD :

Çalışmamızda, 1976 ile 1984 yılları arasında künt karın travması nedeni ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran ve operasyonda izole ince barsak perforasyonu tespit edilen 24 hasta retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastaların 16 sı erkek (% 66.6), 8 i kadındır (% 33.3). Yaşları 2 ile 68 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 23.8 dir.

Tanı güçlüğü çekilen hastalarda peritoneal lavaj yapıldı. Tüm hastalarımıza basit kan sayımı yapıldı ve ayakta direkt karın grafileri çekildi.

BULGULAR :

Hastalarda ince barsak perforasyonuna sebep olan travmaların tipleri Tablo 1 de görülmektedir.

TABLO 1 : İNCE BARSAK PERFORASYONUNA NEDEN OLAN KÜNT TRAVMALAR :

Travma nedeni	Hasta sayısı	%
Trafik kazası	8	33.3
Yüksekten düşme	6	25
Hayvan tepmesi	6	25
Üzerine ağır cisim düşmesi	3	12.5
Darp	1	4.1

Hastaların travmadan sonra hastaneye başvurma süresi 2 saat ile 1 hafta arasında değişmekte idi. 24 hastanın 12 si (% 50) travmadan 0 - 10 saat sonra hastaneye başvururken, 12 si de (% 50) 10 saatten daha geç sürelerde başvurmuştur. Ortalama başvuru süresi ise 28 saattir.

Hastalarımızda görülen başlıca semptom ve belirtiler şunlardır : Hassasiyet (% 91.6), defans (% 87.5), karın ağrısı (% 71), rebound tenderness (% 45).

Hastaların % 54 ünde barsak sesleri hipoaktif, % 29 unda hiperaktif olarak değerlendirilirken, % 17 sinde de normoaktif olarak tespit edilmiştir. Ayakta çekilen direkt karın grafilerininin % 29 unda patolojik görüntü tespit edilemezken, % 33.3 ünde hidroaerik seviye, % 25 inde sağ diafragma altında serbest hava, % 12.5 inde de hidroaerik seviye ile birlikte sağ diafragma altında serbest hava gözlenmiştir. Hastaların hemoglobin değeri % 9.4 gr. ile % 16 gr. arasında, Lökosit sayıları ise 3600/mm³ ile 58200/mm³ arasında değişmiştir.

Çalışmamızda 24 hastadan 12 sine (% 50) periton lavajı yapılmıştır. Bunlardan 3 inde (% 66) makroskopik olarak kan, 4 ünde (% 34) barsak muhtevası ile karşılaşmış ve hastalara laparotomi yapılmıştır. Ayrıca 10 hastada (% 41.6) fizik muayene bulgularına dayanılarak, 12 hastada ise (% 8.4) parasentezde pıhtılaşmayan kan aspire edilmesi üzerine laparotomiye karar verilmiştir.

Hastalarımıza uyguladığımız operatif işlemler ise şöyledir : 20 hastaya primer sütür, 3 hastaya ince barsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz, 1 hastaya da primer sütür + jejunostomi.

Hastalardan 18 inde (%75) lezyon ileumda, 6 sında (% 25) ise jejunumdadır.

24 hastadan 18 i (% 75) şifa ile taburcu olmuş (ortalama hastanede kalış süresi 9.5 gün), 6 sı ise (% 25) kaybedilmiştir. 5 hastamızda ise (% 20) çeşitli komplikasyonlar gözlenmiştir. Komplikeasyonlarımız 2 hastada yara infeksiyonu, 2 hasta evantrasyon, 1 hastada interloop abse şeklindedir. Kaybedilen 6 hastadan 5 inde

ölüm sebebi sepsis, birinde ise kardiopulmoner yetmezlik idi. Difüz peritonit sonucu sepsis gelişerek kaybedilen hastaların 3 üne primer sütür, 2 sine ise rezeksiyon ve uç uca anastomoz uygulanmıştı. Ölen hastaların tümü, hastanemize travmanın oluş saatinde 24 saat veya daha fazla süre sonra başvuran hastalardır.

TARTIŞMA :

Künt karın travmalarında ince barsaklarda perfosayon şu mekanizmalarla meydana gelbilir.

1. İntra abdominal basınçtaki lokal artış (4, 13, 15).
2. Kolumna vertebralis in karşıt kompresyonu.
3. Daha önce geçirilmiş abdominal operasyonlar nedeni ile oluşan yapışıklıklar (11).
4. Mezenterde veya yakınında çekilmeler (5).

Künt travma sonucu izole ince barsak perforasyonu meydana gelen hastaların hastaneye geç gelmeleri dikkat çekicidir. Serimizde hastaların travmadan sonra hastaneye başvuru süresi 2 saat ile 1 hafta arasında değişmekte olup, ortalama başvuru süresi 28 saattir. Bunun sebebi ince barsak perfore olduktan sonra mukozanın dışarıya dönmesi ve lezyonun hem proksimalinde hem de distalinde musküler spazmın meydana gelmesi nedeni ile kontaminasyonun beklenenden az olmasıdır. 6 saat sonra spazm çözülmekte, ondan sonra normal peristaltizm başlamakta ve kontaminasyon artmaktadır (10). 10 - 12 saat sonrada peritonit belirgin hale gelmektedir. Peritonit bulgularının geç ortaya çıkması nedeni ile hastalar da problemlerini pek önemsemezler. Ayrıca bu tip hastalara ilk başvurdukları hekimlerce kesin tanı konmadan verilen ağrı kesici ve antibiyotikler de hastaların geç başvurmasında önemli bir etkindir.

İzole ince barsak perforasyonlarının tanısının süratle yapılabilmesi için önce sistemik bir muayene yapılmalıdır. Ayrıca rutin laboratuvar tetkikleri yapılmalı ve ayakta direkt karın grafisi çekilmelidir. Karın bulguları şüpheli olan vakalara periton lavajı yapılmalıdır. Lavajda makroskopik kan veya intestinal muhteva gelmesi

veya peritoneal yıkamadan sonra mikroskopik olarak kırmızı küre sayısının $100000/\text{mm}^3$, beyaz küre sayısının $500/\text{mm}^3$ olması laparotomi gerektirir. Lavaj neticesi (—) ise, peritonitin aşikâr klinik bulguları ortaya çıkmadan evvel oluşacak intraperitoneal lökositoz ile karakterize ince barsak yaralanmalarını ortaya koymak amacı ile 6 saat sonra tekrar lavaj yapılabilir (2). Yapılan experimental köpek çalışmalarında önemli derecede lökosit yükselmesinin görülebilmesi için travmadan sonra en az 6 saatin geçmesi gerektiği gösterilmiştir (7, 8, 12).

Bizim serimizde 12 hastaya periton lavaşı yapılmıştır. Bunların 8 inde makroskopik olarak kan, 4 ünde barsak muhtevası ile karşılaştığı için derhal ameliyat edilmişlerdir. Diğer 12 hastaya ise fizik muayene bulgularına dayanılarak laparotomi yapılmış ve ince barsak perforasyonu ile karşılaşılmıştır. Karın bulguları belirgin olmayan vakalarda peritoneal lavaj önemli bir tanı yöntemi-
dir. Başka araştırmalarda peritoneal lavaşı künt karın travmalarında rutin bir işlem olarak tavsiye etmektedirler (1, 2, 3, 11).

Literatürde de bildirildiği gibi künt karın travması nedeni ile meydana gelen izole ince barsak perforasyonlarında laboratuvar bulguları ve ayakta karın grafileri tanıda pek yardımcı olamamaktadır (6, 14).

Serimizde ince barsak yaralanmalarının çoğu (% 75) ileumda görülmüştür. Minja'nın serisinde de bildirildiği gibi özellikle künt karın travmalarında ileum perforasyonları daha sık görülmektedir (6). Bunun sebebi, anatomik olarak jejunumun karının sol üst kadranında yer alması ve kostalar tarafından kısmen korunmasıdır. İleum ise karının sağ alt kadranında yer almaktadır ve travmaya karşı jejunuma nazaran daha korunmasızdır. Ayrıca ileum, lomber vertebraların karşıt kompresyonuna daha kolay maruz kalmaktadır (6).

Serimizde mortalite oranı % 25 tir. Kaybedilen hastaların tümü de hastanemize travmadan 24 saat veya daha fazla süre sonra başvuran hastalardır. Bu da, künt travmaya bağlı izole ince barsak perforasyonlarında travma ile hastaneye başvuru ve opere edilme süresinin, prognoza ne derece etkili olduğunu açıkça göstermektedir. Literatürdeki ince barsak perforasyonlarında görülen yüksek mortalitede bu gecikmeye bağlanmaktadır (2, 5, 9, 14).

KAYNAKLAR

- (1) Brack, A.B., Juda, Z.R., Robert, P.B. : Diagnosis peritoneal lavage in pediatric trauma. *J. Trauma*, 16 : 739, 1976.
- (2) Burney, R.E. : Diagnosis of isolated small bowel injury following blunt abdominal trauma. *Ann. Emerg. Med.*, 12 : 1983.
- (3) David, C.P., Brack, A.B. : Diagnostic peritoneal lavage. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 155 : 257, 1982.
- (4) Geohegan, T., Brush, B.E. : The mechanism of intestinal perforation from penetratin abdominal trauma. *Arch Surg.*, 73 : 455, 1956.
- (5) Kennedy, R.H. : Nonpenetrating injuries of the abdomen. *Arch. Surg.*, 75 : 957, 1957.
- (6) Minja, B.M. : Small bowel rupture due to blunt abdominal trauma. *Medical Journal of Zambia*, 13 : 6, 1979.
- (7) Mueller, G.L., Burney, R.E., Mackenzie, J.R. : Leukocytosis in peritoneal lavage effluent after selected abdominal organ injury in an experimental model. *Ann. Emerg. Med.*, 11 : 343, 1982.
- (8) Mueller, G.L., Burney, R.E., Mackenzie, J.R. : Sequential peritoneal lavage and the early diagnosis of colon perforation. *Ann. Emerg. Med.*, 10 : 131, 1981.
- (9) Phillips, T.F. : Perforating injuries of the small bowel from blunt abdominal trauma. *Ann. Emerg. Med.*, 12 : 75, 1983.
- (10) Robb, J.V., Moore, S.W. : Blunt abdominal trauma with jejunal injury. *J. Trauma*, 20 : 308, 1980.
- (11) Root, H.D. : Diagnostic peritoneal lavage. *Surgery*, 57 : 633, 1965.
- (12) Root, H.D., Keizev, D.J., Perryğ J.F. : The clinical and experimental aspects of peritoneal response to injury. *Arch. Surg.*, 95 : 531, 1967.
- (13) Rowlands, B.J. : Intestinal injury due to nonperforating abdominal trauma. *Injury*, 8 : 284, 1977.
- (14) Williams, R.D., Sargent, F.T. : The mechanism of intestinal injury in trauma. *J. Trauma*, 3 : 288, 1963.
- (15) Worthington, G.S. : Perforation of the jejunum from blunt abdominal trauma. *J. Trauma*, 23 : 54, 1983.