

Bölüm 37

KARIN AĞRISI YAPAN ORTOPEDİK NEDENLER

Eyüp ŞENOCAK⁴⁰

GİRİŞ

Ortopedi pratiğinde karın ağrısı sık rastlanan bir semptom olmamakla birlikte nadir bazı durumlarda karın ağrısı ortopedik bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. İliopsoas kasının klivajını takip eden psoas absesi ve pelvis kırıkları nadir ortopedik karın ağrısı sebeplerindedir.

Psoas Absesi

Psoas absesi geç tanı konulduğundan dolayı yüksek morbidite ve mortaliteyle seyreden ve ilk kez 1881 de Mynter tarafından tanımlanmış nadir olmayan bir hastalıktır (1,2,3).

Psoas kası 12. torakal vertebra ile tüm lomber vertebraların transvers çıkıntılardan ve intervertebral disklerinden orjin alarak, apendiks, jejunum, sigmoid kolon, ureter, abdominal aorta, böbrekler ve vertebralar ile yakın komşuluk göstermektedir. Bu komşuluktan dolayı bu organlardaki enfeksiyonlar psoas absesine neden olabilir (4).

Genel olarak psoas absesi iliyağ kas ile psoas kaslarını çevreleyen fasya içerisinde süperatif sıvı birikmesi olarak tanımlanabilirken en sık görülen semptomları ise karın veya bel ağrısı, ateş ve topallayarak yürümedir. Enfeksiyon varlığına sekonder lökositoz, yüksek sedimentasyon hızı ve anemi ise belirgin laboratuvar bulgularıdır (3,5).

Tanı genelde klinik şüphe varlığında çekilen MR da iliopsoas trasesi boyunca görülen koleksiyon varlığında konulur.

Tedavi

Tedavi ise cerrahi drenajdır ve birçok teknik tanımlanmıştır. Psoas absesi; absenin lokalizasyonu ve büyüklüğüne göre posteriordan Petit üçgeni boyunca, anteriordan Poupart ligamanının altından ya da ilium kenarı boyunca lateral bir insizyonla drene edilebilir (6).

⁴⁰ Operatör Doktor, SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dreyup55@yahoo.com

İnternal tesbitte anterior ya da posterior yaklaşım planına göre hastaya pozisyon verilir. Her iki planda da müdahale planlanıyorsa lateral dekübit ya da sırasıyla anterior posterior veya posterior anterior ameliyat planı da yapılabilir. Anterior kemik yapılar, sınırları tanımlanmış olan Pfannenstiel, Stoppa, ilioinguinal ya da genişletilmiş ilioinguinal yaklaşımlarla opere edilebilirler. Bu ameliyatlar sırasında özellikle corona mortis denilen ve eksternal iliak arterle obturator arter arasındaki anastomozu ifade eden yapıya çok dikkat edilmelidir. Tornetta tarafından yapılan bir kadavra çalışmasında spesmenlerin % 84 ünde corona mortisin varlığı gösterilmiş ve simfizis pubisin ortalama 6. 2 cm lateralinde yer aldığı rapor edilmiştir (17).

SONUÇ

Karın ağrısı yapan ortopedik neden olarak değerlendirdiğimiz psoas absesi ve pelvis kırıklarında etyolojiye yönelik olarak medikal, konservatif ya da cerrahi tedavi ile karın ağrısı yapan neden ortadan kaldırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler:Psoas Apsesi, Pelvis Kırığı, Eksternal Fiksator, İnternal Tespit

KAYNAKLAR

1. Turunç T, Demiroglu YZ, Colakoglu S. Retrospective evaluation of 15 cases with psoas abscesses. Mikrobiyol Bul 2009;43:121-125
2. Garner JP, Meiring PD, Ravi K. Psoasabscess-not as rare as we think? Colorectal Dis 2007;9:269-274.
3. Ataus S, Alan C, Onder AU. Psoasabscess. Cerrahpaşa J Med 2003;31:89-93.
4. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoasabscesses. Postgrad Med J 2004; 80: 459-62
5. Chern CH, Hu SC, Kao WF. Psoasabscess: making an earlydiagnosis in the ED, Am J Emer Med 1997;15(1):83-8.
6. Canale T, Beaty J. Campbell's Operative Orthopaedics . 2011;2:2257-2258.
7. Rieger H, Brug E: Fractures of the pelvis in children. ClinOrthop 1997;336:226-239
8. Chia JP, Holland AJ, Little D, et al. Pelvic fractures and associated injuries in children J Trauma 2004;56:83-88.
9. Grisoni N, Connor S, Marsh E, et al. Pelvic fractures in a pediatric level I traumacenter J Orthop Trauma 2002;16:458463.
10. Silber JS, Flynn JM, Koffler KM. Analysis of the cause, classification and associated injuries of 166 consecutive pediatric pelvic fractures. J Pediatr Orthop 2001;21:446-450.
11. Dente CJ, Feliciano DV, Rozycki GS. The outcome of open pelvic fractures in the modern era. Am J Surg 2005;190:830-835.
12. Bottlang M, Krieg JC, Mohr M. Emergent management of pelvic ring fractures with use of circumferential compression. J Bone Joint Surg Am 2002;84A:43-47.
13. Krieg JC, Mohr M, Ellis TJ. Emergent stabilization of pelvic ring injuries by controlled circumferential compression: a clinical trial. J Trauma 2005;59:659-664.
14. Riemer BL, Butterfield SL, Diamond DL. Acute mortality associated with injuries to the pelvic ring: The role of early patient mobilization and external fixation. J Trauma ;1993; 35:671-677.
15. Kim WY, Hearn TC, Seleem O. Effect of pin location on stability of pelvic external fixation. Clin Orthop Relat Res. 1999 Apr; (361):237-44.
16. Tile M. Pelvic ring fractures: should they be fixed? J Bone Joint Surg. 1988;70(1):1-12.
17. Tornetta P, Hochwald N, Levine R. Corona mortis. Incidence and location. Clin Orthop Relat Res. 1996;(329):97-101