

# ÇOCUKLARDA KARIN TRAVMASINA YAKLAŞIM

Dr. Ali AYGÜN

Pediyatrik popülasyonda santral sinir sistemi ve toraks travmalarından sonra üçüncü ölümcül travma nedeni karın travmalarıdır. Çocuklarda karın travmalarında sıklıkla çoklu organ yaralanması meydana gelir. Çocuk travmalarında en sık mortalite ve morbidite nedeni ciddi kafa travması olmasına rağmen % 10-15 oranında mortalite nedeni abdominal organ yaralanmasıdır.

Çocuklarda görülen abdominal travmaların %80'ninden fazlasını künt travmalar oluşturur ve trafik kazaları en sık nedendir. Yüksekten düşme, bisiklet kazaları, yanık, spor yaralanmaları ve çocuk istismarı diğer nedenler arasındadır. Çocuklarda künt karın travmasına bağlı yaralanma erişkine göre daha fazladır. Bunun en önemli nedeni çocukların kemik ve kas gelişimini henüz tamamlamamış olmasıdır. Çocuklarda kemik kalsifikasyonunun tam oluşmaması, karın duvarı katmanlarının daha ince olması, karaciğer ve dalığın batin içerisinde daha fazla yer kaplaması, dalak kapsülünün daha ince olması ve kaburgaların bu organları tam örtememesi, erişkine göre künt travma sonrası yaralanma olasılığını arttırmaktadır. Çocuklarda, künt ve penetran yaralanmalarda hasar gören organların sıklığı değişmektedir. Çocuklarda karın travmasına bağlı yaralanan organların sıralaması Tablo 1'de verilmiştir.

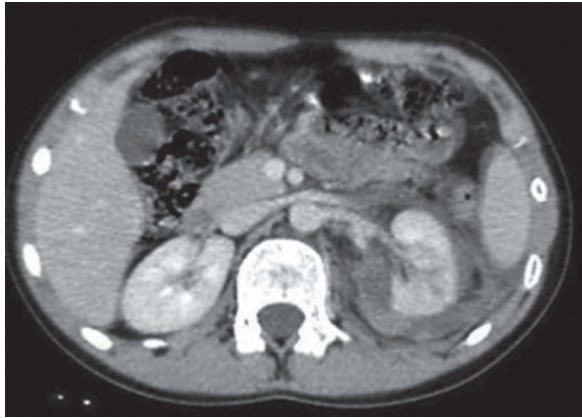
## Yaklaşım ve Değerlendirme

Çocuklarda ciddi karın travması sonrası hızlı ve uygun yaklaşım hayat kurtarıcı olabilir. Tüm travmatik çocuk hastaların ilk değerlendirilmesi aşağıdaki sıralamaya göre yapılmalıdır.

1. Birincil değerlendirme ve yaşamsal bulguların resüsitasyonu (ABCDE)
  - A. Servikal vertebra immobilizasyonu ile birlikte hava yolunun açık tutulması (A: Airway)
  - B. Solunumun sağlanması, (B: Breath)
  - C. Dolaşım ve kanamanın kontrolü, (C: Circulation)
  - D. Nörolojik fonksiyonların değerlendirilmesi (D: Disability)
  - E. Elbiselerin çıkarılması, ayrıntılı fizik inceleme, hipotermiden koruma (E: Exposure and environment)
  - F. Mesane sonda uygulanması
  - G. Nazogastrik sonda uygulanması
2. Ayrıntılı ikincil değerlendirme (Laboratuvar, görüntüleme tetkikleri, kan grubu tayini..)
3. Son/tanımlayıcı değerlendirme  
Fizik muayenede ilk bakıda saptanan tüm bulgular not edilmelidir. Karın travmasında toraksın alt kısmı ve karnın yan-arka kısmı da değerlendirilmelidir. Batin distansiyonu karın içi kanama bulgusu olabilir. Fakat çocuklarda ağla-

**Tablo 6.** Çocuklarda Böbrek yaralanmasının BT ye göre sınıflandırılması

Sınıflama Derecesi	Tanım
1.	Kontuzyo/yayılmayan supkapsüler hematoma
2.	Yayılmayan perirenal hematoma/ idrar kaçağı olmayan 1cm kortikal laserasyon
3.	İdrar kaçağı olmayan 1 cm> kortikal laserasyon
4.	Kortikomedüller bileşkeden toplayıcı sisteme kadar uzanan laserasyon/ hematoma eşlik eden segmentel renal arter veya ven yaralanması
5.	Böbrek pedikül hasarı veya parçalanmış böbrek

**Resim 3.** Grade 4 Böbrek yaralanması

### Üreter, Mesane ve Üretra Yaralanmasında Tedavi

Üreter yaralanması daha çok penetran yaralanma sonrası görülmesine rağmen künt travma sonrası üreteropelvik bileşke kopması görülebilir. Mesane yaralanmasına sıklıkla pelvis kırığı eşlik eder. Mesane yaralanması tanısında üretra aracılığı ile kontrast madde verilerek konvansiyonel sistografi veya kontrastlı BT ile konulur. Mesane yırtılmaları periton dışına ise üretral katater aracılığıyla mesane dışına drenaj ile takip edilebilir ama periton içine olan yırtılmalarda acil cerrahi gereklidir. Üretra yaralanmaları sıklıkla erkek çocuklarda ve bisiklet kazaları sonrası görülür. Hastada idrar yapma gücünün, hema-

türü, eksternal meada kan görülmesi, perimeal bölgede hematoma, rektal tuşede prostatın yukarıda palpe edilmesi görülebilir. Şüpheli vakalarda foley sonda takmadan önce retrograd üretrogram çekilmelidir. Tedavide posterior bölge yaralanmalarında suprapubik drenaj sonrası erken veya geç dönemde cerrahi onarım yapılır, anterior yerleşimli yaralanmalarda üretral katater drenajı ile takip edilir.

### Perine, Anüs, Genital Organ Yaralanmasında Tedavi

Sıklıkla yüksekte düşme ve cinsel istismar sonrası görülür. Kontuzyo, perineal bölgede hematoma, ekimoz, laserasyon görülebilir. Cinsel istismar şüphesi durumunda tüm vücut fizik muayenesi yapılmalıdır ve bulgular not edilmelidir. Gerekli durumlarda anestezi altında rektoskopi, vajinoskopi, üreteroskopi yapılmalıdır. Çocuk cerrahi ve çocuk psikiyatrisi hekimlerinden destek alınmalıdır.

### Kaynaklar

- Duman L, Abdominal Trauma in Children. Journal of Ankara University Faculty of Medicine 2007;60(4)
- Ekinci S, Çocuk Acil ve Yoğun Bakım-3, Yaralanmalar. Kale G., editör, Çocuklarda abdominal ve genitouriner sistem travması 1. Baskı, Cilt:31, Ankara: Katkı Pediatri Dergisi; 2009;133-48.
- Fallat ME, Hardwick VG. Transport of the injured child. Semin Ped Surg 1995; 4(2):88-92.
- Feliz A, Shultz B, McKenna C, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in pediatric abdominal trauma. J Pediatr Surg 2006; 41:72-7.
- Gunaydin M, Çocuklarda Travma. Derman Tıbbi Yayıncılık: 2015
- Hakguder G. Çocuk Acil Tıp. Karaböcüoğlu M., Yılmaz H.L., Duman M., editör. Çocuklarda karın travması, 1. Baskı Cilt 2. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012;2269-74.
- Maksoud JG, Moront ML, Eichelberger MR. Resuscitation of the injured child. Semin Ped Surg 1995; 4(2):93-99.
- Marwan A, Harmon CM, Georgeson KE, et al. Use of laparoscopy in the management of pediatric abdominal trauma. J Trauma. 2010; 69:761-64.
- Melek M., Cobanoglu U., Bilici S., Ceylan A., Burhan B., Epçan S., Çocukluk Çağı Travmalarına Genel Yaklaşım. Van Tıp Dergisi: 2013 ;20(4): 266-273,
- Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR Organ injury scaling: spleen and liver J Trauma. 1995 Mar;38(3):323-4.
- Olguner M., Agartan CA., Çocuk Acil Tıp. Karaböcüoğlu M., Yılmaz H.L., Duman M., editör. Çocuklarda Genitouriner Sistem Travmaları 1. Baskı Cilt 2. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012;2275-8.
- Ostlie D. Handbook of Pediatric Surgical Critical Care. Marjorie J. Arca, editör. Pediatric Abdominal Trauma, American Pediatric Surgical Association, 2013; Chapter:15;334-56.