

17. BÖLÜM

KARIN TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM

Bilgehan DEMİR¹

Karın(batın); önden bakıldığında meme başı çizgisinden supra pubik alana kadar olan bölgeyi, lateralden 6.-7. kottan başlayıp krista iliyakaya kadar olan bölgeyi, arkadan bakıldığında ise skapula alt ucundan yine krista iliyakaya kadar olan geniş bir alanı kapsar(1). İçinde yer alan organlar periton denen bir yağ tabakası ile sarılıdır. Bazı organlar (böbrek, üreterler, duodenumun parçası, pankreas, vena kava inferiyör ve abdominal aorta gibi)periton dışında yer almaktadır. Bu durumdan dolayı da retroperiton organları olarak değerlendirilir. Batın travmalı hastadaki tablo, kinetik enerjinin organlar üzerine yapmış olduğu etkinin klinik yansımasının sonucudur. Batın içerisinde geniş boşlukların olması nedeni ile mevcut bir kanamanın batın içi irritasyona neden olmadığı sürece klinik ortaya çıkmayabilir. Retroperitona olan kanamalarda bu irritasyon gerçekleşmemesi veya geç bulgu vermesi nedeni ile retroperiton kanamalarda tanıda gecikmeler olabilir. Bu durum travmalı hastalarda ilk muayenenin önemini artırmaktadır.

Batın travması, etkili bir tedaviye gerek duyan hayati derece de önemli bir durumdur. İlk değerlendirme ve sonrasında çizilecek tedavi planı kişinin yaşamının idamesi için son derece önemlidir. Batın içi organlar, akciğerde olduğu gibi çevresinde göğüs kafesi gibi kalın zırh olmadığından

yaralanmaya daha açık bir durumdadır. Organ çevrelerinde bulunan periton, travmanın etkisini azaltan adeta bir yastıkçık görevi görmektedir.

Karın Travmaları; penetran veya künt diye ikiye ayrılmaktadır. Künt travmalar da yüksek basınç etkisine bağlı olarak solid organ yaralanmaları ön planda izlenmektedir. Özellikle künt travmalar da sık yaralanan organ dalaktır. Penetran travma ise kesici-delici, ateşli silah diye ikiye ayrılır ve en sık ince bağırsak yaralanmaktadır. Penetran travmalarda dışa bir kanama olasılığın yüksek veya travma izlerinin muayenede izlenmesi nedeni ile tanı koymada zorluk yaşanmazken künt travmalarda muayeneye ek olarak anamnez ön planla çıkmaktadır. Tüm karın travmalı olgularda bir engel durumu yoksa ve genel durumunda bozulma olanlarda takip amaçlı olarak nazogastrik ve foley sonda takılması uygundur. Fizik muayenenin doğruluğunu artırabilmek için cerrahiye veya başka bir hastaneye sevk durumu yoksa seri fizik muayene işleminin de aynı kişi tarafından yapılması uygundur.

Künt travma yaşamış olan hasta bilinç kapalı olması durumu da tanı koymak zorlaşmaktadır. Bu aşamada tanı testlerinin önemi artmaktadır. Tanı testlerin doğru sonuç verebilmesi ve etkin kullanılabilmesi için klinisyenin hangi testi, ne zaman ve niçin kullanacağını iyi bilmeli ve test

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Turgut Özal Üniversitesi Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp, entropi.demir@gmail.com

hava varlığı mide travmasını düşündürmelidir. Batın içi kan veya sıvı varlığını göstermede USG yararlı olsa da kontrastlı BT tanıda daha yararlıdır.

g- Diafragma Yaralanmaları:

Diafragma yaralanmaları, alt torakal bölge yaralanmalarında sık görülmekle beraber sıklıkla penetran travmalar görülür. Karaciğerin sağ diafragma için koruyucu pozisyonu nedeni ile sol diafragma yaralanmaları daha sık görülür. Tanı da direkt grafilerde toraks içinde gis yapılarının izlenmesi önemlidir. Oskültasyonda barsak seslerinin toraksta duyulması veya nazogastrik sondadan verilen havanın sesinin toraks boşluğunda duyulması ile tanı onabilir. Kesin tanı USG ve BT ile konabilir.

h- Genitoürinal Yaralanmalar:

Künt travmaların %10 in de böbrek yaralanması izlenmektedir. makroskopik hematüri, mikroskopik hematüriye eşlik eden hipotansiyon varlığında renal travma açısından sorgulanmalıdır. Muayene de lomber bölgede, perineal alanda renk değişikliği olması, ağrı olması, hematüri izlenmesi ve USG' de retroperitoneal alanda kan izlenmesi böbrek, mesane ve üreter yaralanması bakımından anlamlıdır. Hematüri varlığında, pelvik fraktür gibi kemik patolojilerinin veya anotomik bütünlüğü bozulmamış hastalarda IVP tanı için kullanılabilir. Diğer tüm durumlarda tanıda BT faydalıdır. BT 'de ciddi damar yaralanması ve böbrek kapsülünü bozan yaralanmalar yok ise tedavi konservatif olabilir. Takip düşünülen hastalarda, takipleri esnasın da hemodinaminin bozulması cerrahi için uyarıcı olmalıdır. Üretra yaralanması düşünülen hastalarda takip amaçlı olarak sonda takılması kontrendikedir. İdrar çıkımı ve takibi sistostomi ile sağlanabilir. Çekim süresi nedeni ile tercih edilmese de BT çekilemeyen olgularda manyetik rezonans görüntüleme(MRG) tercih edilebilir.

g- Pelvik Fraktürler:

Yüksek kinetik enerjili kazalar(trafik kazası, yüksekten düşme gibi) kazalar nedeni ile genellikle gelişmektedir. Pelvis içinde büyük damarların yer alması nedeni ile ciddi kanamalara neden

olduğundan mortalite yüksektir. Pelvik alanın fiksasyonu ve kanama için acil müdahale yapılmalıdır. Kanama kontrolü için son dönemlerde anjiyografi kullanımı artmış ve olumlu sonuçlar vermektedir. Pelvis yaralanmalarında genitoüriner, rektal ve sakral pleksus yaralanmalarında olabileceği unutulmamalıdır. Büyük damar yaralanması olan hastalarda tedavi cerrahidir. Büyük damar yaralanması olamayan hastalarda konservatif tedavi tercih edilebilir. Diğer cerrahi endikasyonlar hemodinaminin bozulduğu gis ve genitoüriner sistem yaralanması varlığıdır. Tanı koymada FAST önemli ölçüde faydalı olsa da en yararlı radyolojik yöntem BT 'dir.

KAYNAKLAR

1. Dibek K., Özkan S., Batın travmaları, derman kitap bölümü 143-2016. doi: 10.4328/derman.4211
2. Poletti P, Kinkel K., Vermeulen B., et. al.: Blunt abdominal trauma: Should US be used to detect both free fluid and organ injuries?. Radiology 2003; 227: pp. 95-103.
3. Inaba K., Chouliaras K., Zakaluzny S.: FAST ultrasound examination as a predictor of outcomes after resuscitative thoracotomy: A prospective evaluation. Ann Surg 2015; 262: pp. 512-518. [discussion 516-8]
4. El-Matbouly M., Jabbour G. Blunt splenic trauma: assessment, management and outcomes. Surg.: J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel. 2015;14:52-58.
5. Freire E, Freire MA, Malvezzi A. Trauma do abdome. In: Freire E. Trauma - a doença do século. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1513-36.
6. Weale R, Kong V, Manchev V, Bekker W, Oosthuizen G, Brysiewicz P, Laing G, Bruce J, Clarke D. Management of intra-abdominal vascular injury in trauma laparotomy: a South African experience. Can J Surg. 2018 Apr 01;61(3):9717.
7. Guillen B, Cassaro S. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 15, 2020. Traumatic Open Abdomen
8. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support Program for Physicians: ATLS. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2004.
9. Kocakoç E. Abdominal Radyoloji. Ankara: Dünya Kitabevi 2014.
10. Coccolini F, Montori G, Catena F et al. Liver trauma: WSES position paper. World J Emerg Surg 2015; 10: 39
11. Lawal O., Arowolo O. Determinants of splenectomy in splenic injuries following blunt abdominal trauma. South Afr. J. Surg. 2010;48:15-19
12. Sudhakar KV, John MCW. CT of blunt pancreatic trauma. EJR 2008;67:311-320