

BÖLÜM
24

YOĞUN BAKIMDA ABDOMİNAL TRAVMALARA YAKLAŞIM

Emet Ebru ATEŞ¹

Abdominal travmalar sık görülür ve çoğunlukla tedavisi cerrahi olarak yapılır. Tüm travmaların %25'i karın travmaları nedeniyle laparotomi gerektirmektedir (1). Mortalite ve morbiditeye sebep olan temel yaralanmalar batın içi kanamalar ve organ perforasyonlarıdır. İntraabdominal kanamalar en önemli travmaya bağlı önlenebilir mortalite nedenleri arasındadır.

ANATOMİ

Karın anatomisinin kabaca bilinmesi travmaları değerlendirmede ve olası yaralanmaları öngörmede önemlidir.

Karın ön duvarı sınırlarını, yukarıda costal marjin, aşağıda inguinal ligaman ve simfisis pubis, lateralde ön aksillar çizgi oluşturur.

Torakoabdomen olarak tabir edilen bölge, yukarıda gövde ön yüzünde meme başı hizasından, gövde arka yüzünde infraskapular hattın geçen çizgi ve aşağıda kosta kenarları ile sınırlanmaktadır. Bu bölgenin yaralanmalarında toraks organlarına ilaveten diyafram, karaciğer, dalak, mide, kolon gibi organların yaralanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anterior ve posterior aksillar çizgi arasında, 6. kosta ile iliak kanadın sınırladığı bölge “flank bölgesi” olarak tabir edilir. Sırt ise arka aksillar hatların arasında kalan bölgedir. Sırt ve flank bölge yaralanmalarında yaralanmanın türüne ve lokalizasyonuna göre abdominal aort, inferior vena cava, duodenum, pankreas, böbrekler, üreter, çıkan ve inen kolon gibi retroperitoneal organların yaralanabileceği düşünülmelidir. Retroperitoneal yaralanmaların peritonit bulgusu vermeyeceği, bu nedenle geç tesbit edilebilecekleri unutulmalıdır.

Pelvik kavite ise pelvik kemikler tarafından sınırlanan alan olup, rektum, mesane, iliak damarlar ve kadın genital organları içerir. Pelvik yaralanmalar büyük miktarda kan kayıplarına neden olabilen yaralanmalardır.

YARALANMA MEKANİZMALARI

Yaralanmanın mekanizması, olası organ yaralanmalarını öngörmede ve erken teşhisinde, tetkik metodunu belirlemede ve tedavi yönetiminde temel rolü üstlenmektedir.

¹ Uzm Dr. SBÜ Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği. emetebrozak@gmail.com

ameliyattan 24-72 saat sonra planlanır. Batın içi tamponların 72 saatten fazla tutulması önerilmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Tenth Edition. Chicago: American College of Surgeons, 2018: 83-99
2. Watts DD, Fakhry SM, EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Research Group. Incidence of hollow viscus injury in blunt trauma: an analysis from 275,557 trauma admissions from the East multi-institutional trial. *J Trauma*. 2003;54:289-94.
3. McCarthy MC, Lowdermilk GA, Canal DF, et al. Prediction of injury caused by penetrating wounds to the abdomen, flank, and back. *Arch Surg*. 1991;26:962-966.
4. Felder S, Margel D, Murrell Z, et al. Usefulness of bowel sound auscultation: a prospective evaluation. *J Surg Educ*. 2014;71(5):768-773.
5. Esposito TJ, Ingraham A, Luchette FA, et al. Reasons to omit digital rectal exam in trauma patients: no fingers, no rectum, no useful additional information. *J Trauma*. 2005Dec;59(6):1314-1319.
6. Sayek İ. Temel Cerrahi. 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2013: 489-506
7. Holmes JF, Harris D, Battistella FD. Performance of abdominal ultrasonography in blunt trauma patients with out-of-hospital or emergency department hypotension. *Ann Emerg Med*. 2004;43(3):354-361.
8. Patel NY, Riherd JM. Focused assessment with sonography for trauma: methods, accuracy, and indications. *Surg Clin North Am*. 2011;91:195-207.
9. Brunnicardi FC. Schwartz Cerrahinin İlkeleri. (M Mahir Özmen, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2016: 179-222.
10. Liu M, Lee C, Veng F. Prospective comparison of diagnostic peritoneal lavage, computed tomographic scanning, and ultrasonography for the diagnosis of blunt abdominal trauma. *J Trauma*. 1993;35:267-270.
11. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011,19;(1):CD005660.
12. Bickell WH, Wall MJ Jr, Pepe PE, Martin RR, Ginger VF, Allen MK, Mattox KL. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med*. 1994;331:1105-9.
13. Como JJ, Bokhari F, Chiu WC, et al. Practice management guidelines for selective nonoperative management of penetrating abdominal trauma. *J Trauma*. 2010Mar;68(3):721-733.
14. Huizinga WK, Baker LW, Mtshali ZW. Selective management of abdominal and thoracic stab wounds with established peritoneal penetration: the eviscerated omentum. *Am J Surg*. 1987;153:564-568.
15. Boyle EM, Maier RV, Salazar JD, et al. Diagnosis of injuries after stab wounds to the back and flank. *J Trauma*. 1997;42(2):260-265.
16. Townsend CM, Evers BM, Beauchamp RD, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery. 20. Edition. Philadelphia: Elsevier, 2017:432-444.
17. Butt MU, Zacharias N, Velmahos GC. Penetrating abdominal injuries: management controversies. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2009;17:19.
18. Como JJ, Bokhari F, Chiu WC, Duane TM, Holevar MR, Tandoh MA, Ivatury RR, Scalea TM. Practice management guidelines for selective nonoperative management of penetrating abdominal trauma. *J Trauma*. 2010;68:721-33.
19. Murray JA, Demetriades D, Asensio JA, Cornwell EE 3rd, Velmahos GC, Belzberg H, Berne TV. Occult injuries to the diaphragm: prospective evaluation of laparoscopy in penetrating injuries to the left lower chest. *J Am Coll Surg*. 1998;187:626-30.
20. Velmahos GC, Demetriades D, Toutouzias KG, Sarkisyan G, Chan LS, Ishak R, Alo K, Vassiliu P, Murray JA, Salim A, Asensio J, Belzberg H, Katkhouda N, Berne TV. Selective nonoperative management in 1,856 patients with abdominal gunshot wounds: should routine laparotomy still be the standard of care? *Ann Surg*. 2001;234:395-402.
21. Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C, et al. The management of penetrating injuries of the back: a prospective study of 230 patients. *Ann Surg*. 1988;207:72-74.
22. Smith BP, Adams RC, Doraiswamy VA, Nagaraja V, Seamon MJ, Wisler J, Cipolla J, Sharma R, Cook CH, Gunter OL, Stawicki SP. Review of abdominal damage control and open abdomens: focus on gastrointestinal complications. *J Gastrointest Liver Dis*. 2010;19:425-35.