

# Pediyatrik Abdominal Travmalı Hastaya Yaklaşım

Ayşe Betül ÖZTÜRK<sup>1</sup>

## Giriş

Her sene binlerce çocuk ve adölesan yaralanmalara bağlı olarak ölmekte ve daha fazlası da kalıcı hasarlarla hayatlarına devam etmektedir. Kalıcı hasarlar, bireylerin hayatını yaşamı boyunca olumsuz etkilemektedir. Kanseri ve konjenital hastalıklar gibi diğer bütün nedenlerden daha fazla ölüme neden olan durum travmadır (1). Bir çocuk yaralandığı zaman hızlı ve etkin bir resüstasyon sayesinde çocuk kurtarılabilir. Yaralanmış bir çocukta bütün kritik yaralanmalar hızlıca tanımlanmalı ve müdahale edilmelidir. Ciddi yaralanmalar olay yerinde fark edilip hastalara gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra hastalar hastaneye transfer edilmelidir.

Travmalı hasta için 112 komuta kontrol merkezi olayla ilgili gerekli bilgileri aldıktan sonra, acil

servis ve hastanenin ilgili branşlarını olay hakkında bilgilendirmelidir. Olay yerine giderken acil müdahale ekipmanları tekrar kontrol edilmelidir. Olay yerinde hastalara ilk müdahale yapıldıktan sonra hızlı bir şekilde hastaneye transfer edilmelidir. Destek tedavi yol boyunca sürdürülmelidir.

Pediyatrik hastaları doğru değerlendirebilmek için öncelikle yaş gruplarına göre normal vital değerlerin biliniyor olması gerekmektedir. Tablo 1’de yaşlara göre normal vital değerler verilmiştir (2).

Hastaları değerlendirmek için kullanılan skoring sistemleri arasında en sık kullanılanları şu şekildedir:

- **Glaskow Koma Skalası:** Sözel ve motor yanıtla ile ölçüm yapar.
- **Düzeltilmiş Travma Skorlaması:** Travmanın ciddiyetini belirlemek için kullanılır. Glaskow

**Tablo 1. Yaş gruplarına göre normal vital değerler**

| Yaş      | Kilo (kg) | Kalp hızı (/dakikada) | Solunum sayısı (/dakikada) | Kan basıncı (mmHg) | İdrar çıkışı (ml/kg/saat) |
|----------|-----------|-----------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| 0-12 ay  | <10       | <160                  | <60                        | >60                | 2                         |
| 1-2 yaş  | 10-14     | <150                  | <40                        | >70                | 1.5                       |
| 3-5 yaş  | 14-18     | <140                  | <35                        | >75                | 1                         |
| 6-12 yaş | 18-36     | <120                  | <30                        | >80                | 1                         |
| >13 yaş  | 36-70     | <100                  | <30                        | >90                | 0.5                       |

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, abozturk@erciyes.edu.tr

olması duodenum ve pankreas yaralanmalarında geç tanıya neden olabilmektedir. Duodenal ve pankreatik yaralanmalar, genellikle diğer sistem yaralanmaları ve diğer intraabdominal yaralanmalarla birlikte. İzole pankreas yaralanmaları duodenal yaralanmalardan daha sık görülmektedir. Epigastrik bölgeye direk alınan darbeler pankreasın vertebra ile darbeyi oluşturan cisim (bisiklet gidonu gibi) arasında sıkışması sonucu pankreas yaralanması meydana gelebilir. Aynı mekanizma ile duodenum yaralanmaları da meydana gelebilir (9).

## 2.5. İçi Boş Organ Yaralanmaları

İçi boş organ yaralanmalarına neden olan çeşitli mekanizmalar vardır. İçi boş organların aniden vertebra ile çarpan cisim arasında sıkışması en önemli nedenler arasındadır. Hematom veya lacerasyon sonucu geç perforasyon veya obstrüksiyon meydana gelebilir. Distantü organlara ani bası sonucu perforasyon olabilir. Örneğin yeni beslenmiş bir bebekte araba koltuğunda kaza anında emniyet kemeri tarafından sıkıştırılarak içi boş organlarda perforasyon meydana gelebilir. Treitz ligamanı, ileoçekal bölge ve rektosigmoid bölge gibi asılma alanlarında ani ileri geri hareketlenme olursa burardan yırtılmalar meydana gelebilir (9).

İçi boş organ yaralanmaları sonucu intraabdominal kavite hızla kontamine olur. Hastalarda batında hassasiyet, defans ve rebound olabilir. Bu tip yaralanmalarda seri muayene bulgularının görüntüleme yöntemlerinden daha etkin olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır (8). Kısmi lacerasyonlar, hematomlar ve mezenterik damarlardaki avülsiyonlar ilk başta bulgu vermeyebilir, bu nedenle hastalar yakın takibe alınmalı ve tekrar tekrar muayene edilmelidir.

Çocuklarda penetran travmanın en sık nedenleri ateşli silah yaralanmaları ve delici-kesici alet yaralanmalarıdır. Penetran yaralanmalar sonucu küçük çocuklarda mortalite büyük çocuklara göre daha yüksektir. Küçük çocuklarda küçük bir alana sığan çok sayıda vital organ bulunması bu organların yaralanma ihtimalini artırmaktadır (9).

## Kaynaklar

1. King DR: Trauma in infancy and childhood. Initial Evaluation and Management. *Pediatr Clin N Am* 32 (5): 1299-1310, 1985.
2. Barness LA. Manual of Pediatric Physical Diagnosis. 7th ed. New York, NY: Lippincott Williams and Wilkins; 1998.
3. Tepas JJ, Mollitt DL, Talbert JL, et al: Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity in the injured child. *J Pediatr Surg* 22: 14-18, 1987.
4. Ramenofsky ML, Gilchrist BF: Initial Hospital assessment and management of the trauma patient. In ashcraft KW et al (eds): *Pediatric Surgery*, WB Saunders Company, Philadelphia, 2000, pp. 176-190.
5. Moront ML, The Injured Child: An approach to care. *Pediatr Clin North Am* 41: 1201, 1994.
6. Oteskovich MR, Carricco CJ: Stab wounds of the anterior abdomen. *Ann Surg* 198: 411,1983.
- 7- Advanced Trauma Life Support 9th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012. p.246-70.
8. Moore EE, Cogbill TH, Malagoni MA, et al: Organ injury scaling. *Surg Clin North Am* 75 (2): 293-303,1995.
9. Sinclair MC and Moore TC: Major surgery for abdominal and thoracic trauma in childhood and adolescence. *J Pediatr Surg* 9: 155, 1974.
10. Thal E: Evaluation of peritoneal lavage and local exploration in lower chest and abdominal stab wounds. *J Trauma* 17: 642,1977.