

Künt karın travmasına bağlı mezenterik avulsiyon**Mesenteric avulsion in a blunt trauma**

Abdullah Şişik Fatih Başak Tolga Canbak Ali Kılıç Aylin Acar Metin Yücel
 Adnan Özpek Gürhan Baş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Künt travma sonucu mezenter yaralanması oldukça nadirdir, ancak künt batin travması ile gelen hastalarda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaralanmaların tanısı oldukça zordur ve çoğu zaman hemodinamik instabilite sonucu yapılan laparotomilerde saptanır. Elli iki yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle Acil Servise başvurdu. Gelişinde Glasgow koma skalası 14, tansiyon arteriyel 70/50 mmHg, nabız 78/dk, hemoglobin 11 g/dL, hematokrit %34 ve lökosit 6500/mm³ saptandı. Bilgisayarlı tomografide batin içinde yaygın hemorajik mayi ve mezenterik yağlı dokuda kirlenme saptandı. Konservatif takibin 2. saatinde hemodinamik instabilite olmasından dolayı yapılan laparotomide ince barsak mezenterinde avulsiyon ve 120 cm ince barsakta nekroz saptandı. Kanama kontrolü, rezeksiyon, anastomoz uygulandı. Hasta postoperatif 9. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Anahtar Sözcükler: Künt travma, mezenterik avulsiyon, erken cerrahi.

Abstract

Mesenteric injuries are uncommon with blunt trauma, however these injuries must be considered in patients which are presented with blunt abdominal trauma. Preoperative diagnose is quite difficult in mesenteric injuries, and mostly they are detected during laparotomies which were performed due to hemodynamic instability. Fifty-two years old male patient was admitted to emergency service with road accident. On admission; glasgow coma scale: 14, blood pressure: 70/50 mmHg, pulse: 78/min, hemoglobin: 11 g/dL, hematocrite: 34% and leukocyte: 6500/mm³. Abdominal computerized tomography showed diffuse intraabdominal hemorrhagic fluid and mesenteric fat straining. Diagnostic laparotomy was performed due to hemodynamic instability after 2 hours of conservative management. Mesenteric avulsion and 120 cm small bowel necrosis were detected and hemorrhage control and anastomosis were performed after resection of necrotic intestine. Patient was discharged uneventfully on postoperative day 9.

Keywords: Blunt trauma, mesenteric avulsion, early surgery.

Giriş

Trafik kazalarına bağlı ölümler her geçen gün artmaktadır. Ölümlerle birlikte meydana gelen yaralanmalar da ciddi morbiditelere sebep olabilmektedir (1). Trafik kazalarında; karın bölgesine künt travmaya maruz kalma sonucu karın içindeki solid ve içi boş organlar ve vasküler yapılarda meydana gelen yaralanmaların tanı ve tedavisi, morbidite ve mortalite oranlarını düşürmek için çok önem arz etmektedir (1-3). Künt karın travması sonucu meydana gelen yaralanmalarda, mezenter yaralanmaları da mutlaka ayrıntılı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu tür yaralanmaların kesin tanısını koymak zordur ve çoğu zaman hemodinamik instabilite nedeniyle yapılan acil laparotomilerde beklenmedik şekilde saptanır (4, 5).

Bu çalışmada künt karın travmasından sonra erken dönemde laparotomi esnasında saptanan mezenter travması olgusunu sunmayı ve durumun tanısız zorluklarına dikkat çekmeyi amaçladık.

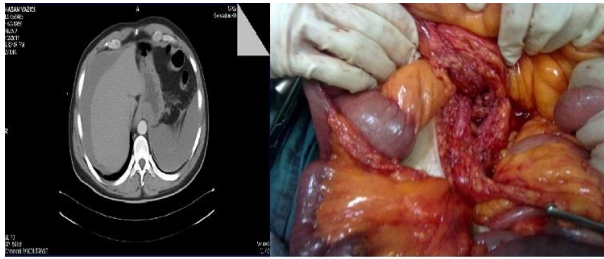
Olgu Sunumu

Elli iki yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası nedeniyle 112 tarafından acil servise getirildi. Gelişinde şuur açık, kooperasyon tam, oryantasyon tam olarak değerlendirildi. Tansiyon arteriyel 70/50 mmHg, nabız 78/dk saptandı. Glasgow koma skalası 14 olarak değerlendirildi. İnceleme sırasında alın bölgesinde ve sağ elde abrazyon, sol göz çevresinde ekimozu mevcuttu. Hasta sözel olarak göbük çevresinde ağrısı olduğunu ifade ediyordu. Palpasyonda defans ve rebound

Yazışma Adresi: Abdullah Şişik
 Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi,
 İstanbul, Türkiye
 Makalenin Geliş Tarihi: 13.10.2015 Kabul Tarihi: 09.11.2015

saptandı. Geliş laboratuvar değerleri değerlendirildiğinde; hemoglobin: 11 g/dL, hematokrit: %34 ve lökosit: 6500/mm³ idi. Yapılan sıvı resüsitasyonu sonucunda sistolik kan basıncı 95 mmHg'e yükseldi. Hastaya karın, toraks, kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de batın içinde yaygın hemorajik mayi ve mezenterde kirlenme saptandı (Şekil-1). Hemodinamik stabilite olmasından dolayı konservatif takip kararı verildi. Birinci saat kontrol tetkiklerinde; hematokrit: %23, hemoglobin: 8 g/dL, lökosit: 20000/mm³ olarak ölçüldü. İki ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Takibinin 2. saatinde devam eden sıvı resüsitasyonuna rağmen tansiyon 70/40 mmHg, nabız 120/dk ölçüldü ve hemodinamik instabilite nedeniyle eksploratris laparotomi kararı verildi. Median insizyonla batına girildi ve batın içinde yaklaşık 3000 mL kan saptandı. Treitzden itibaren 100 cm, jejunumdan başlayıp 120 cm'lik ince barsak segmentini tutan nekroz mevcuttu. Bu bölgedeki tüm ince bağırsak mezenterinin avulsiyona uğradığı ve aktif arteriyel ve venöz kanamaların olduğu görüldü (Şekil-1). Solid organlarda yaralanma saptanmadı. Çekumda minimal serozal yaralanma mevcuttu. Kanayan damarlar ligatüre edildi. Nekrotik jejunum rezeke edilip anastomoz yapıldı. Peroperatif 4000 mL kristaloid, 1500 mL kolloid, 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Postoperatif entübe olarak yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma transfüze edildi. Hasta postoperatif 9. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Hastadan tıbbi verilerinin yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi alındı.



Şekil-1. Peroperatif mezenterik avulsiyon ve preoperatif BT görüntüsü

Tartışma

İnce bağırsak mezenterinde avulsiyona neden olan non-penetrant yaralanmalar nadir görülmektedir (6,7). Trafik kazasına bağlı künt batın travması ile birlikte görülen mezenterik yaralanma, bağırsak perforasyonu ve bazen lomber fraktürler "emniyet kemeri sendromu" olarak tanılanmaktadır (1,8). Emniyet kemeri kullanımının yaygınlaşması ile birlikte kafa travması oranları azalmış olup, buna bağlı olarak mortalite de azalmıştır ancak

abdominal yaralanmalarda artış olmuştur (1,9). Ani çarpmalara bağlı karın içi basınçtaki artış terminal ileum ve rektum gibi perforasyona yatkın hassas bölgelerde, kapalı loop obstrüksiyona neden olmakta ve perforasyon ile sonuçlanabilmektedir. Mezenterik yaralanmalarda olan devaskularizasyon tarzı yaralanmalar ise kompresyon, çarpma ve deselerasyon olaylarının kombinasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Deselerasyon; belli bir hızda ileriye doğru olan bir hareketin sonlandırılması ile vücudun hareketli kısımlarının ani sonlanmaya hemen ayak uyduramayıp ileriye olan harekete devam etmeye çalışmaları olarak ifade edilebilir. Bu durum batın içinde mezenter gibi alanlarda yırtılma tarzı yaralanma ile sonuçlanabilmektedir. Olgumuzun emniyet kemeri taktığı öğrenildiğinden, "emniyet kemeri sendromu riskli araç içi travma" olarak değerlendirildi. Künt travmalı hastalarda solid organ yaralanması tanısı koymada BT'nin duyarlılığı yüksek iken, devaskularizasyon tarzı yaralanmalarda sensitivitesi azalmaktadır. Breen ve ark. (10), künt abdominal ve mezenterik yaralanmalarda BT'nin tanısallığı ile ilgili çalışmalarında; bağırsak duvarlarında inceleme, bağırsak duvarı devamlılığının bozulması, ekstralüminal hava olması ve mezenterik hematoma saptanmasının yüksek özgüllük (sırasıyla, %84, %95, %100 ve %94) ile mezenter yaralanmayı gösterdiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada ilgili bulguların duyarlılığının düşük olduğu (sırasıyla, %50, %58, %44 ve %54) ifade edilmiştir. Ayrıca ilgili çalışmada, batın içinde solid organ yaralanması yok iken bol miktarda batın içi kanama saptanmasının önemli bir bulgu olduğu belirtilmiştir. Bizim olgumuzda, erken zamanda karın BT ile değerlendirme yapılmış olup solid organ yaralanması olmadan, karın içi yaygın kanama lehinde bulgu saptandı.

Mezenter yaralanması olan hastaların önemli bir kısmı, muhtelif nedenler ile (hemodinamik instabilite ve akut karın gibi) acil laparotomiye gitmektedirler. Yapılan bu cerrahinin zamanlaması da oldukça önemlidir. İlk 6 saatte tanı konulan hastalarda gecikmiş hastalara oranla (ortalama 16 saat) daha iyi postoperatif sonuçlar elde edilmektedir (9). Sunulan olguda, ameliyat süremiz 2 saat olup hemodinamik instabilite nedeniyle ameliyat kararı alındı. Özellikle BT bulguları ile mevcut durumun birlikte değerlendirilmesi erken ameliyat kararı verilmesinde etkili oldu.

Özel yaralanma mekanizması nedeniyle ince bağırsak mezenter yaralanması, özellikle emniyet kemeri kullanımı olan araç içi trafik kazası yaralanmalarında akılda tutulmalı ve erken tanı ve tedavi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. O'Dowd V, Klernan C, Lowery A, Khan W, Barry K. Seatbelt injury causing small bowel devascularisation: Case series and review of the literature. *Emergency Medicine International* 2011;2011:675341 DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/675341>.
2. Xeropotamos NS, Nousias VE, Ioannou HV, Kappas AM. Mesenteric injury after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg* 2001;167(2):106-9.
3. Makay Ö, Fırat Ö, Gürcü B, Sezer T, İçöz G. Abdominal travmada değişim süreci: Ege Üniversitesi deneyimi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2005;21(4):196-200.
4. Cox EF. Blunt abdominal trauma. A 5-year analysis of 870 patients requiring celiotomy. *Ann Surg* 1984;199(4):467-74.
5. Ozturk S, Yeniay L, Unalp OV, et al. Current approach to traumatic hepato-pancreatico-duodenal injury: Report of a case and review of the literature. *Ege Journal of Medicine* 2014;53(2):98-101.
6. Bloom AI, Rivkind A, Zamir G, et al. Blunt injury of the small intestine and mesentery-the trauma surgeon's Achille's heel? *Eur J Emerg Med* 1996;3(2):85-91.
7. Nolan BW, Gabram SGA, Schwartz RJ, Jacobs LM. Mesenteric injury from blunt abdominal trauma. *Am Surg* 1995;61(6):501-6.
8. Garrett JW and Braunstein PW. The seatbelt syndrome. *J Trauma* 1962;2(3):220-38.
9. Rutledge R, Thomason M, Oller D, et al. The spectrum of abdominal injuries associated with the use of seat belts. *J Trauma* 1991; 31(6): 820-26.
10. Breen DJ, Janzen DL, Zwirewich CV, Nagy AG. Blunt bowel and mesenteric injury; diagnostic performance of CT signs. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21(5):706-12.