

Peritonu Delen Bıçak Yaralanmaları

Dr. Erhan AYŞAN (1), Dr. Kerim ÖZAKAY (2), Dr. Gürhan ÇELİK (2)

ÖZET

1990-1995 yılları arasında SSK İstanbul Eğitim Hastanesi acil cerrahi birimine baş vuran karın ön duvarına bıçaklanma vakalarında sadece peritonu delen 61 olgu seçilerek geriye bakışumlu olarak incelendi. En sık yaralanan organın karaciğer (%24) olduğu ve buna bağlı olarak sağ hipokondriuma bıçak yaralanması olgularında morbiditenin en yüksek olduğu görüldü. Karın ön duvarı 9 kadrana ayrılarak incelendiğinde bıçak yaralanmasının en sık umblikal kadranda (%54) olduğu görüldü. Sol hipokondrium ve hipogastrik kadrarlarda hiç yaralanmaya rastlanmaması ilgi çekiciydi. %23 olguda yapılan laparotomi sonucunda karın içinde hiç bir patolojiye rastlanmadı (tedavi edici olmayan laparotomi). Laparotomilerde uygulanan en sık tedavi yöntemi ise hasar gören organın (karaciğer, mide, ince barsak, kalın barsak) primer sütüre edilmesiydi.

Tedavi edici olmayan laparotomiye önmek amacıyla periton lavajı uygulamasının tanısai değeri büyüktür ve birçok merkezde laparotomi öncesi rutin olarak uygulanmaktadır. Yine bu amaçla laparoskopii uygulanması gastrointestinal sistem yaralanmalarında sensitivitesi %18'lerde kalmasına rağmen bazı merkezlerde ilgi gören bir yöntemdir. Doğaldırki yaşamsal tehlikesi olan hastalarda laparoskopinin yeri yoktur. Preoperatif BT'nin ise retroperitoneal hematoma tanısında değeri tartışılmaz, ancak laparoskopii gibi gastrointestinal sistem yaralanmalarında değeri çok kısıtlı olan ve yine ancak yaşamsal tehlikesi olmayan hastalarda uygulanabilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Bıçaklanmalar ve peritonu delinmesi

SUMMARY

Periton Penetrating Stab Wounds

We examined retrospectively 61 cases of penetrating abdominal stab wounds which come to SSK İstanbul Educational Hospital between 1990-1995. Liver was the most injured (24%), so we determined that right hypocondrial injuries have highest morbidity. Most often injured area was umbilical area (54%). It was interested that there wasn't any injury of left hypocondrium and hypogastrium. Laparotomy of 23% cases there wasn't any pathology (uncurative laparotomy). Most used curative manipulation was the primer suturation. Peritoneal lavage is very valuable for prevention of the uncurative laparotomy. Preoperative CT and laparoscopy isn't as valuable as peritoneal lavage. These two methods could use only cases whose hasn't die risc.

Key Words: Stab wounds and periton penetration

GİRİŞ

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Asistanı (1), Uzmanı (2)

Günümüz sosyal hayatının karmaşıklığının sonucu olsa gerek insanlarda oluşan psikolojik sorunlar ve saldırgan ilişkiler hastanelerin acil servis birimlerine başvuran bıçaklanma vakalarını günden güne

arttırmaktadır. En sık yaralanan bölgeler; karın ön duvarı, gluteal bölge ve femoral bölgedir. Gluteal ve femoral bölge yaralanmalarında eğer damar, sinir hasarı yoksa primer sütür ile tedavi yeterli olmakta iken karın ön duvarına olan yaralanmalarda karın içindeki organlar nedeniyle hastaya yaklaşım, tanı ve tedavi daha dikkatli, kapsamlı ve ciddi olmak zorundadır.

Neyse ki karın ön duvarına gelen bıçak yaralarının %70'i (1,11) peritona kadar ulaşamamakta ve bu vakalarda mortalite riski olmadığı gibi morbidite oranı da lokal komplikasyonlara bağlı kalmaktadır (en sık yara enfeksiyonları). Hastalar 24 - 48 saat gözlem altında tutulduktan sonra taburcu edilirdiler (2). Bu nedenle bizde çalışmamızda sadece peritonu delen vakalar üzerinde durduk.

OLGULAR ve METOD

1990-1995 yılları arasında yaşları 9 ile 70 arasında değişen 50'si erkek (%81.9), 11'i bayan (%18) 61 olgu geriye bakışimli olarak irdelendi.

Olguların tümü acil servis hastasıdır ve genelde saat 21.00'dan sonra baş vurmuşlardır. Hastanemiz genel cerrahi kliniklerinde kabul edilmiş görüşe göre yara yerinden karın içi organ (bu genellikle ince barsaklardır) veya omentum görülen tüm olgular bekletilmeden laparotomiye alınmaktadır.

Diğer grup hastalara lokal eksplorasyon ve gerek kalırsa periton lavajı uygulanmakta pozitif sonuç görülen hastalar hemen laparotomiye alınmaktadır. Peritonun delinmediği düşünülen hastalar 24 saat gözlemlenmekte (2) bu dönemde laparotomi endikasyonu oluşturacak bir bulgu gelişmezse taburcu edilmektedirler. Çalışmamızın materyallerini oluşturan 'acil laparotomiye alınan' olgular yaş, cinsiyet, yaralanan karın bölgesi ve organı, yapılan ameliyat yönünden değerlendirildi.

Olgularımızın hiç biri kaybedilmedi böylece çalışmamızın bir diğer ara başlığını oluşturması planlanan 'mortalite oranı' istatistiklere girmedi. Son yıllarda yapılan çalışmalarda büyük merkezlerde dahi mortalite oranı %1-4 arasında değişmektedir (7, 8). Şunu da belirtelimki hastanemizin yoğun bakım ünitesi olmadığından anestezi yönünden komplikasyon oluşturabilecek ve post operatif yoğun bakım

gerektirecek hastaların (eğer yaşamsal tehlikeleri yoksa) sevk edilmiş olması mortalitemizin sıfır olmasında etkili olduğu bir gerçektir.

BULGULAR

Olguların yaşlara göre dağılımı Tablo 1'dedir.

9-25 yaşlar arası;	35 olgu	(%57)
26-40 yaşlar arası;	14 olgu	(%23)
41-70 yaşlar arası;	12 olgu	(%19)

Tablo 1

Yedi olguda karında birden fazla bıçak yarası vardı (%11). Diğer vakalarda yara sayısı bir taneydi.

Periton içinde serbest kan bulunan olgu sayısı ondörttü (%23):

6 olguda kan miktarı 300 cc'den az

4 olguda kan miktarı 300-600 cc arasında

4 olguda kan miktarı 600 cc'den fazla. Bu gruptaki olguların tümü karaciğerde derin yaralanma bulunan olgulardı.

Yaralanan organların sıklık sayısı Tablo 2'dedir.

Karaciğer yaralanması; toplam	15 olgu	(%24).
Karaciğer sağ lop yaralanması	11 olgu	(%18)
Karaciğer sol lop yaralanması	4 olgu	(%6)
Mide yaralanması	9 olgu	(%15)
İnce barsak yaralanması	9 olgu	(% 15)
İnce barsak mezosunun yaralanması	5 olgu	(%8)
Kalın barsak yaralanması	7 olgu	(%11)
Omentum yaralanması	6 olgu	(%10)
Dalak yaralanması	2 olgu	(%3)
Böbrek yaralanması	1 olgu	(%1)
Perikard yaralanması	1 olgu	(%1)

Tablo 2

Laparotomilerde yapılan işlemler:

Tüm karaciğer, mide ve kolon yaralanmalarında

primer sütür uygulandı. İnce barsak yaralanmalarının 7'sine (%77) primer sütür, 2'sine (%22) rezeksiyon uygulandı.

Her iki dalak yaralanması olgusunda splenektomi uygulandı. Böbrek yaralanması olan tek olgumuzda nefrektomi uygulandı.

14 olguda (%23) karın içinde hiç bir lezyona rastlanmadı (tedavi edici olmayan laparotomi).

Karın ön duvarını 9 kadrana bölünmüş olarak incelediğimizde bıçak yaralanmalarının dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Sağ hipokondrium	19 yara	(%31)
Sol hipokondrium	24 yara	(%39)
Epigastrium	18 yara	(%29)
Sağ kolik	11 yara	(% 18)
Sol kolik	yaralanma yok	
Umbikal	33 yara	(%54)
Sağ inguinal	12 yara	(%20)
Sol inguinal	17 yara	(%27)
Hipogastrium	yaralanma yok	

Tablo 3

Bu sonuçlarla en sık yaralanan kadranın umbikal kadrana (%54) olduğu görülmektedir. Sol kolik bölge ve hipogastriumda ise hiç yaralanmaya rastlanmaması ilgi çekicidir. Bıçak darbesine bağlı morbiditenin en yüksek olduğu kadrana ise sağ üst kadrandır.

TARTIŞMA

Tüm travmaya bağlı acil operasyonların %20'sini karın içi operasyonlar oluşturur (1). Bıçakla olan yaralanmalarda önemli olan yaranın derinliğidir. Bu; yara yerine radyopak madde vererek veya lokal eksplorasyonla belirlenir (2). Karın travmalarında en sık ölüm nedeni hemorajik şok ve sepsisdir (4). Son yıllardaki gelişmeler mortalite oranını oldukça azaltmıştır, örneğin; 1960'larda karaciğer yaralanmalarında mortalite oranı %55'lere kadar çıkarken (5,

6), günümüzde %10 seviyesine kadar inmiştir (2).

1960'lara kadar tüm karına gelen penetre yaralanmalarda laparotomi uygulanıyordu. Bu görüş 1960'da Shaftan tarafından değiştirildi. Shaftan hastaları gözlem altına almak ve visceral organ hasarını gösteren fizik bulgular ortaya çıkarsa laparotomi uygulamak görüşünü ilk ortaya atan kişidir (2). Peritonu delen bıçaklanmalara yaklaşımda iki görüş vardır. Bunlardan biri olgunun hemen laparotomiye alınması görüşüdür ki bu özellikle olgu sayısı fazla olan hastanelerde kabul edilmek zorunda kalınan bir görüştür. Diğer görüş ise belli kriterlerin ortaya çıkmasını beklemek ve bunlar belirdikten sonra hastayı laparotomiye almak şeklindedir.

Karın ön duvarına gelen bütün kurşunlanma olgularında acil laparotomi endikasyonu olduğu kesindir (2, 10). Ancak peritonu delen bıçaklanmalarda durum bu kadar açık değildir, değişik kliniklerde değişik kriterler endikasyon olarak kullanılmaktadır (2).

Bazı kaynaklarda rektoreji veya üriner kateterden kan gelmesi veya radyolojik incelemede periton içinde serbest hava görülmesi bile laparotomi endikasyonu olarak yorumlanmasına rağmen laparotominin kesin endike olduğunu gösteren kabul edilmiş 5 kriter vardır (3):

- 1- Pozitif periton iritasyon bulguları
- 2- Pozitif paresentez
- 3- Pozitif periton lavajı
- 4- Açıklanamayan şok (4000 cc parenteral sıvı tedavisinde rağmen)
- 5- Pozitif radyoloji ve BT bulguları

%30 olguda belirgin hemoperitoneum olmasına rağmen klinik olarak periton iritasyon bulguları alınmayabilir. Özellikle kan retroperitonda birikiyorsa bu oran çok daha yüksektir (1). Zaten retroperitoneal yaralanma düşünülen olgularda periton lavajı yapmak anlamsızdır (9).

İçi boş bir barsak segmenti yaralanmışsa veya (içi dolu da olsa) retroperitoneal bir barsak segmenti yaralanmışsa yine periton iritasyon bulguları alınmayabilir.

Bıçak karın içindeki büyük damarlara rastlamışsa veya karaciğere derin olarak girmişse erken ve şiddetli hemorajik şoka neden olur. Ancak dalak, pankreas veya böbrek parakimine girmişse şiddetli

kanama ve şok görülmez (1).

İntraperitoneal kanamayı belirlemede hala uygulanan standart yaklaşım periton lavajıdır, çünkü yüksek bir sensitivite ve spesivitesi vardır. Bir çok klinikte; karın ağrısı, alt kaburga fraktürleri, spinal veya pelvik fraktürler bile periton lavajı için endikasyon olarak kabul edilmektedir. Periton lavajının tek gerçek kontrendikasyonu vardır o da var olan acil laparotomi endikasyonudur (1).

POZİTİF PERİTON LAVAJI KRİTERLERİ
1- Sıvı verilmeden yapılan aspirasyonda >20 ml kan
2- >100.000 eritrosit/micro lt
3- >500 lökosit/micro lt
4- >175 ünite/dl amilaz
5- Gram boyamda bakteri
6- Kimyasal incelemede bilirübin
7- Barsak içeriği

Tablo 4

Bilgisayarlı Tomografinin (BT) Yeri

BT abdominal travmalarda güvenilir, hassas ve non invazif bir tanı yöntemidir. Zaman gerektiren ve pahalı bir yöntem olmasına rağmen künt karın travmalarının değerlendirilmesinde ve özellikle retroperitoneal hasarın tanısında güvenilirliği tartışılmaz. Ancak hasta acil ünitesinden ayrılmak zorunda olduğu için hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda uygulanamaz. Ayrıca ince ve kalın barsak hasarlarının değerlendirilmesindeki önemi hala tartışılmaktadır (14).

Laparoskopinin Yeri

Peritonu delen yaralanmalarda (bıçaklama / kurşunlanma) tanısal amaçlı laparoskopi uygulaması diğer tanısal yöntemlerle kıyaslandığında oldukça yenidir. Tanısal amaçlı laparoskopi uygulanacak hastalarda aranan ilk kriter hemodinamik stablitedir

(12). Karın içine kanamalarda, solid organ yaralanmalarındaki diyafragma hasarının değerlendirilmesinde laparoskopi sonuçları mükemmeldir. Gastrointestinal sistem yaralanmalarında ise spesivite %100, fakat sensitivite %18'dir (12, 13). Peritonu delen yaralanmalarda laparoskopinin asıl önemi gereksiz laparotomi önlemesidir (12). Ender de olsa görülen komplikasyonlar içinde tansiyon pnömotoraks ve ince barsak yaralanması başta gelirler (13).

KAYNAKLAR

- 1- **Lawrence In: W. Way In:** Current Surgical diagnosis & treatment. 10'th edition, 1994; 382-96.
- 2- **Sayek İ. In:** T. Cerrahi 1993; 2. baskı, Güneş kitabevi, 167-84.
- 3- **Danne PD:** A perspective on the early management of abdominal trauma. Aust NZ J Surg 1988; 58: 851-58.
- 4- **Davis JW et al:** The significance of critical care errors in causing preventable death in trauma patients in a trauma system. J Trauma 1991; 31: 813.
- 5- **Donavan A.J., Turrill F.L.** Hepatic Trauma; Surg Clin N Amer 1968; 48.
- 6- **Lucas C.E. and Walt A.J.** Critical Decision in Liver Trauma; Arc Surg 1970; 178-84.
- 7- **Nagel M., Ockert D., Saeger HD.** Management of abdominal stab injuries. Unfallchirurg 1994; 97: 419-23.
- 8- **Albrink MH., Olson SM.;** Am Surg Abdominal stab wound protocol; prospective study documents applicability for widespread use. Am Surg 1995; 61(2): 112-6.
- 9- **Burns RK., Sariol HS., Ross SE.;** Penetrating posterior abdominal trauma. Injury 1994; 25(7): 429-31.
- 10- **Rothlin M., Vila A., Trentz O.;** Results of surgery in gunshot and stab injuries of trunk. Helv. Chir Acta 1994; 60(5): 817-20.
- 11- **Sriussadaporn S., Tanhipat C.;** Can unneces-

sary operation for abdominal stab would be safely reduced. *JM Ass Thai* 1993; 76(8): 448-54.

- 12- **Ivatury RR., Simon RJ., Stahl WM.;** A critical-evaluation of laparoscopy in trauma. *J. Trauma* 1993; 34(6): 822-27.
- 13- **Fabian TC., Croce MA.;** A prospective analysis of diagnostic laparoscopy in trauma. *Ann Surg* 1993; 217 (5): 557-64.
- 14- **Roberts JL., Dalen K., Jafir SZ.;** CT in abdominal and pelvic trauma. *Radiographics* 1993; 13 (4): 735-52.