

# Künt Travmaya Bağlı (İnek Süsmesi) Geç Dönem Ortaya Çıkan Jejunum Perforasyonu: Olgu Sunumu

Zafer Kılbaş, Sezai Demirbaş, Ali Kağan Coşkun, Orhan Kozak, Turgut Tufan

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

*Künt travmaya bağlı (inek süsmesi) geç dönem ortaya çıkan jejunum perforasyonu: Olgu sunumu*

Künt karın travmasına bağlı izole ince bağırsak yaralanması oldukça nadirdir ve motorlu araç kazaları en önemli nedenidir. Bu çalışmada, künt karın travması (inek süsmesi) sonucu izole jejunum perforasyonu gelişen 78 yaşında bir erkek olguyu sunuyoruz. Kabul anında, hastanın genel durumu oldukça bozulmuştu ve vital bulguları anormal sınırlardaydı. Fizik muayenesinde, tüm karında musküler rijidite ve rebound pozitifliği saptandı. Bilgisayarlı tomografi karın içi serbest hava ve sıvıyı göstererek barsak perforasyonu tanısını doğrulamaya yardımcı oldu. Eksplozasyonda, Treitz ligamentinden 110 cm distalde, jejunum antimesenterik kenarında 2 cm'lik perforasyon alanı gözlemlendi ve barsakların ödemli ve iskemik olduğu görüldü. Hasta iki etaplı ameliyata alındı; ilkinde karın içi serum fizyolojik ile yıkandı, aspire edildi ve loop jejunostomi uygulandı. 72 saat sonra gerçekleştirilen ikinci etapta, proksimal jejunostominin komplikasyonlarından korunmak için stoma kapatılması gerçekleştirildi. Sonuç olarak, künt travma sonrası barsak perforasyonu tanısı güçtür ve travmanın oluş şekli, hikaye, tekrarlayan fizik muayeneler ve bilgisayarlı tomografi tanıda oldukça önemli rol oynar.

**Anahtar kelimeler:** Künt karın travması, ince bağırsak perforasyonu

## ABSTRACT

*Late presentation of jejunal perforation due to blunt abdominal trauma (Cow bump): Case report*

Isolated small bowel injury due to blunt abdominal trauma is very rare, and motor vehicle accident is the leading cause. In this study, we present a case of 78 year-old man with isolated jejunal perforation due to blunt abdominal trauma (cow bump). At admission, his general condition was down and vital signs were within abnormal limits. On physical examination, muscular rigidity and rebound tenderness was obtained in the whole abdomen. Computed tomography revealed intestinal perforation by showing free air and free fluid in the abdomen. At exploration, 2-cm perforation zone 110 cm distal to the Treitz ligament, in the antimesenteric side of jejunum, was seen and also the small bowel was ischemic and edematous. The patient underwent two-staged surgery; in the first step, the abdomen was irrigated, aspirated and loop jejunostomy was performed. In the second step, 72 hours later, to avoid the complications of proximal jejunostomy, stoma closure was performed. In conclusion, diagnosis of small bowel perforation after blunt trauma is challenging and the mechanism of injury, history, and serial physical examination and computed tomography play an important role in diagnosis.

**Key words:** Blunt abdominal trauma, small bowel perforation

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:50-52

## GİRİŞ

Künt travma sonrasında izole jejunum perforasyonu gelişmesi oldukça nadirdir ve motorlu araç kazaları en önemli sebebidir (1). Literatürde az sayıda farklı nedenlerle oluşan künt travmalara (trafik kazası, yüksekten düşme ve tekme gibi) bağlı barsak perforasyonları bildirilmiştir (2-4). Çalışmamızı farklı kılan, olguda ilk başvuru

anında perforasyon saptanmamasına rağmen iskemi nedeniyle geç dönem barsak perforasyonu gelişmesidir.

## OLGU SUNUMU

İnek süsmesi sonrasında karın ağrısı yakınması ile birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 78 yaşında erkek hastada, yapılan fizik muayene ve karın ultrasonografisi sonucu acil patoloji saptanmamış ve analjezik tedavisi ile taburcu edilmiş. Travma sonrası 72. saatte karın ağrısının artması ve genel durumunun bozulması üzerine merkezimize başvuran hastanın kabul anında: Ateş: 38.8°C, nabız 122/dak, solunum sayısı: 22/dak ve tansiyon arteriyel: 80/40 mmHg idi. Fizik muayenesinde

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Zafer Kılbaş  
GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Telefon / Phone: +90-312-304-5112

Elektronik posta adresi / E-mail address: zkilbas@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 27 Haziran 2011 / June 27, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 2 Şubat 2012 / February 2, 2012



**Şekil 1:** Bilgisayarlı tomografide karın içi serbest hava ve sıvı görülmektedir.



**Şekil 2:** İlk eksplorasyona ait görünüm. Treitzden 110 cm distalde antimesenterik kenarda perforasyon alanı ve peritonite bağlı olarak, ince barsak duvarlarının ödemli ve iskemik olduğu görülmektedir.

karında penetran yaralanmaya ait bulgu saptanmadı, ancak tüm kadrarlarda yaygın hassasiyet, defans ve rebound pozitifliği mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde: lökositöz ve üre-kreatin değerleri yükselmiş olarak saptandı. Bilgisayarlı tomografi karında yaygın serbest sıvı ve serbest hava tespit etti (Şekil 1). Bu bulgularla hasta intestinal perforasyon öntanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda karın içerisinde tüm kadrarlarda bol miktarda ince barsak içeriği gözlemlendi. Treitz ligamentinden itibaren 110 cm'de jejunum antimesenterik kenarda yaklaşık 2 cm'lik perforasyon alanı, ve barsak anslarında yaygın ödem, inflamasyon, iskemik alanlar tespit edildi (Şekil 2). Batın serum fizyolojik ile yıkandı ve aspire edildi. Perfore



**Şekil 3:** 72 saat sonra gerçekleştirilen ikincil bakı laparatomisi. İnce barsaklardaki ödemin ve iskemik görünümünün tama yakın kaybolduğu ve peritonit tablosunun gerilediği görülmektedir.

barsak ansı batın duvarına ağzlaştırılarak loop jejunostomi uygulandı. Yoğun bakımda takip edilen hasta 72 saat sonra ikincil bakı laparatomisi için operasyona alındı. İskemik barsak anslarının düzeldiği ve karın içi peritonit tablosunun tamamen gerilediği gözlemlendi (Şekil 3). Proksimal jejunostominin morbiditesinden sakınmak için ikincil eksplorasyonda jejunostomisi kapatılan hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz olarak devam etti ve postoperatif yedinci gününde şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

İzole ince barsak perforasyonu künt travma sonrasında %1'den daha az sıklıkla görülür ve %75'inden fazlasından motorlu araç kazaları sorumludur (5). Geniş serili bir çalışmada künt travma sonrası ince barsak yaralanmasının %1 civarında olduğu ve perforasyonun ise %0.3 oranında görüldüğü belirtilmiştir (6). Trafik kazalarında emniyet kemerinin bağlı olmasının ince barsak perforasyonuna neden olabileceği belirtilmektedir (7). Bu nedenle kaza sonrası başvuran hastada emniyet kemerine ait ekimoz mevcutsa bu hastalar perforasyon açısından yakın izlenmelidir. Herhangi bir kuvvetin bir barsak segmentini sabit bir nokta üzerinde (özellikle vertebra) sıkıştırmasıyla intraluminal basınç ani olarak artabilir ve antimezenterik taraftan perforasyon gelişebilir. Özellikle yaşlılarda travma sonrası erken dönemde klinik tablo silik seyredebilir veya içi sıvı ve hava dolu barsakların vertebra üzerinde sıkıştırılması sonucu iskemiye bağlı olarak geç dönemde

perforasyon gelişebilir. Bu tür olgularda hasta gözetim altında tutulmalı ve belirli aralıklarla fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri tekrarlanarak yakın takip edilmelidir. İnce barsak perforasyonunun erken tanısı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında oldukça önemlidir. Watts ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada, perforasyon tanısının gözden kaçması ve ameliyatın 24 saatten fazla gecikmesi halinde, mortalitenin %16 olduğu belirtilmiştir (6). Benzer şekilde gecikmiş cerrahi durumunda sepsis, intraabdominal apse, yara ayrılması gibi morbiditeler en az iki kat daha fazla görülmektedir (7).

Olgumuz da gecikmiş cerrahiye bir örnek oluşturmaktadır. Peritonit tablosunun yerleşmesi nedeniyle hastanın genel durumu bozulmuş, barsaklar ödemli ve iskemik hal almıştır. Bu tür gecikmiş olgularda peritonit ve iskemi nedeniyle erken dönem anastomoz risklidir. Tercih edilen geçici stoma ile enfeksiyon tablosunun kontrol altına alınması ve uygun süre sonrasında stomanın kapatılmasıdır. Yüksek seviyeli jejunostominin en büyük sıkıntısı ise debinin fazla olması nedeniyle hastanın uzun süre enteral ve parenteral beslenmeye ihtiyaç duyması ve hastanede yatmak zorunda kalmasıdır. Olgumuzda öncelikle loop jejunostomi açılarak enfeksiyon tablosu kontrol altına alınmıştır. İskemik barsakları değerlendirmek için 72 saat sonra yapılan ikincil bakı laparatomide, peritonit tablosunun düzeldiği ve iskemik barsak anslarının normale döndüğü saptanınca, yukarı seviyeli jejunostominin muhtemel morbiditelerinden kaçınmak için anastomoz gerçekleştirilmiştir.

İnce barsak perforasyonu tanısında birçok faktör bir arada değerlendirilmelidir. Öncelikle travmanın oluş şekli fikir verebilir. İkincisi, fizik muayenede saptanan defans

veya rebound pozitifliği uyarıcı olmalıdır. İlk muayene negatif olsa dahi (hastanın şuur durumu, analjezik yapılmış olması yanıtıcı olabilir) tekrarlayan muayeneler yapılmalıdır. Laboratuvar değerlerinde lökositoz ve amilaz yüksekliği anlamlı olabilir. FAST (Focused abdominal sonography for trauma), bilgisayarlı tomografi (BT), diagnostik peritoneal lavaj (DPL), akciğer ve düz karın grafisi barsak perforasyonunun saptanmasında yol gösterici olabilir. DPL geçmişte travmada en yaygın kullanılan yöntemlerden biriydi ve hemoperitonyumu saptamada duyarlılığı yüksekti. Ancak ince barsak yaralanmasının erken tanısında güvenilirliği düşüktür (8). Günümüzde görüntüleme yöntemlerine ulaşımın kolaylaşması sayesinde travmalı olgularda ultrasonografi ve BT tanıda en önemli basamağı oluşturur. Özellikle ultrasonografi yatak başında da uygulanabilmesi nedeniyle hemodinamik olarak stabil olmayan olgularda dahi yaygın olarak kullanılmaktadır. BT serbest hava ve serbest sıvının değerlendirilmesi açısından travmalı olgularda daha kesin sonuçlar (%92 duyarlılık, %94 özgüllük, %30 pozitif prediktif değer ve %100 negatif prediktif değer) verir (9). Ayrıca batın içi serbest sıvının muhtemel başka sebeplerinin ekarte edilmesine ve solid organların değerlendirilmesine olanak sağlar.

Sonuç olarak travmaya bağlı ince barsak perforasyonunun tanısı güçtür ve erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditenin azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu tür olgulara muhtemel bir perforasyon açısından şüpheli yaklaşılmalıdır. Tanı için yakın klinik takip, yaralanma mekanizmasının incelenmesi ve uygun radyolojik değerlendirmenin bir arada yapılarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kostantinidis C, Pitsinis V, Fragulidis G. Isolated jejunal perforation following blunt abdominal trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 87-89.
2. Houshian S. Traumatic duodenal rupture in a soccer player. *Br J Sports Med* 2000; 34: 218- 219.
3. Munshi IA, DiRocco JD, Khachi G. Isolated jejunal perforation after blunt thoracoabdominal trauma. *J Emerg Med* 2006; 30: 393-395.
4. Coskun AK, Yarici M, Ulke E, Menten O, Kozak O, Tufan T. Perforation of isolated jejunum after a blunt trauma: case report and review of the literature. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 862.e1-4.
5. Mendez C. Blunt abdominal trauma. In: Cameron JL(Ed). *Surgical Therapy*. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 1998. p. 906-911.
6. 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: 289-294.
7. Fakhry SM, Watts DD, Luchette FA; EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Research Group. Current diagnostic approaches lack sensitivity in the diagnosis of perforated blunt small bowel injury: analysis from 275,557 trauma admissions from the EAST multi-institutional HVI trial. *J Trauma* 2003; 54: 295-306.
8. Burney RE, Mueller GL, Coon WW, Thomas EJ, Mackenzie JR. Diagnosis of isolated small bowel injury following blunt abdominal trauma. *Ann Emerg Med* 1983; 12: 71-74.
9. Sherck J, Shatney C, Sensaki K, Selivanov V. The accuracy of computed tomography in the diagnosis of blunt smallbowel perforation. *Am J Surg* 1994; 168: 670-675.