



Penetran toraks travması sonrasında diyafragma yaralanmasına bağlı barsak tıkanması

Bowel obstruction due to diaphragmatic injury after penetrating thoracic trauma

Sezgin Karasu¹, Arif Osman Tokat¹, Aziz Mutlu Barlas², Mustafa Kemal Urhan²

ÖZET

Toraksa nazif penetran yaralanmalar sonucu gerçekleşen diyafragma yaralanmaları sinsi seyreder. Tanı aylar sonra bile konabilir. Tanının gecikmesi mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Burada toraksa nazif delici kesici alet yaralanmasından 2 yıl sonra tanı konan bir diyafragma yaralanması olgusu sunulmaktadır. Olgu barsak tıkanması nedeni ile acil servise başvurmuş ve yapılan incelemeler sonucunda önce laparotomi ile eksplore edilmiş ve ardından torakotomi uygulanmıştır. Tüm penetran toraks yaralanmalarında, travmanın trasesi göz önüne alınmalı ve diyafragma yaralanması mutlaka akla getirilmelidir. Toraks içi semptomların silik olabileceği göz önüne alınmalı ve ileri tetkik ve gerekirse cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır. Erken bulgu vermemesi nedeniyle tanı konamaması durumunda hayati sonuçlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyafragma, yaralanma, barsak tıkanıklığı

ABSTRACT

Diaphragmatic injuries due to penetrating traumas to the thorax progress insidiously. Proper diagnosis might only be performed after months. Delayed diagnosis increases morbidity and mortality. Herein, we present a case of diaphragm injury due to penetrating thoracic trauma that was diagnosed 2 years later. The case was referred to emergency service with bowel obstruction symptoms and after the examinations, first laparotomy and then thoracotomy were performed. The trace of the injury tract should be evaluated in all penetrating thoracic traumas and diaphragmatic injury should be taken into consideration. It is important to keep in mind that thoracic symptoms could be obscured and, if needed, further evaluation and surgical exploration should be performed. In the absence of early symptoms, failure to recognize diaphragmatic injuries can result in mortality.

Key Words: Diaphragm, injury, bowel obstruction

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence
Dr. Arif Osman Tokat

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 595 33 81
e-posta: aostokat@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 19.10.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 19.12.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 09.07.2013

©Telif Hakkı 2014
Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014
by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

GİRİŞ

Toraksa nazif delici kesici aletlerle olan yaralanmalarda nadir olarak diyafragma yaralanması da görülebilir (1, 2). Yaralanan diğer organlara ait semptomların daha şiddetli olması yüzünden diyafragma yaralanmalarına erken dönemde tanı konulamayabilir (2-4). Tanı konulamayan hastalarda semptomların ortaya çıkması aylar sürebilir ve geç tanı konması mortalite ve morbiditeyi arttıran önemli bir faktördür (3, 5). Burada toraksa nazif delici kesici aletle yaralanmadan 2 yıl sonra transvers kolonun toraksa herniasyonu ve bunun sonucunda barsak tıkanması gelişen bir olgu sunulmaktadır. Olguya önce laparotomi uygulanmış ardından torakotomi ile cerrahi olarak kolon repozisyonu ve primer diyafragma tamiri yapılmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında erkek hasta karında yaygın distansiyon ve ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık iki yıl önce göğsün sol tarafından toraksa nazif delici kesici aletle yaralanma ve buna bağlı tüp torakostomi hikayesi mevcuttu. Dört gündür gaz-dışkı çıkaramayan hastanın fizik muayenesinde karnın ileri derecede distandü ve yaygın hassasiyet olduğu görüldü. Defans ve reboundu olan hastada rektal tuşede dışkı görülmedi. Hastanın kan tetkiklerinde lökosit 23400/μL olarak saptandı. Direkt grafide barsak tıkanmasına bağlı hava sıvı seviyeleri ve sol diyafragmanın yükselmiş olduğu görüldü (Şekil 1). Ayrıca toraks içine uzanan karın organları saptandı.

Hastaya karındaki yaygın distansiyon, hassasiyet ve barsak tıkanması bulgularının ön planda olması nedeniyle laparotomi yapıldı. Diyafragma kubbesinin anteromedialinde yaklaşık 5 cm'lik travmatik diyafragma defekti saptandı. Transvers kolonun ve omentumun bir kısmının bu defektten toraks içine herniye olduğu görüldü. Defekt etrafındaki yapışıklıklar serbestleştirilerek kolon ve omentum karına çekilmeye çalışıldı, ancak toraks içi yapışıklıklar nedeni ile başarılamadı. Karın kapatıldı ve sol posterolateral torakotomi kesisi ile 7. interkostal aralıktan toraksa girildi. Eksplorasyonda kolon ve omentumun perikardial yağ dokusu ve akciğer parankimine yapışık olduğu görüldü. Künt ve keskin diseksiyonla yapışıklıklar ayrıldı ve karın organları diyafragma altına alınarak yaklaşık 5 cm'lik defekt, prostetik materyal kullanımına



Şekil 1. Olgunun preoperatif direkt grafisi



Şekil 2. Olgunun postoperatif direkt grafisi

gerek kalmadan, 1 numara prolenle primer olarak tamir edildi. Komplikasyon olmayan hasta postoperatif 5. gün sorunsuz taburcu edildi (Şekil 2).

TARTIŞMA

Penetran travmaya bağlı diyafragma rüptürleri genç erkek nüfusta, daha fazla travmaya maruz kalmalarıyla ilişkili olarak sık görülmektedir (1, 5). Ülkemizde en sık neden delici kesici aletle yaralanmalardır (1, 6). Beşinci interkostal aralığın altında olan toraksa nazif penetran yaralanmalarda diyafragma yaralanması olabileceği akla gelmeli ve gerekli incelemeler yapılmalıdır.

Başka organ yaralanması bulunmayan izole diyafragma yaralanmaları sıklıkla asemptomatik seyredebilir. Radyolojik olarak tanı çoğu zaman mümkün değildir (2, 3). Bu hastalarda ilerleyen zamanda gelişen karın içi organ herniasyonu ve buna bağlı semptomlarla tanı konabilir. Reber ve ark. (3) klinik

semptomların ortaya çıkması için geçen süreyi 20 gün ile 28 yıl arasında bildirmektedir. Shah ve ark. (2) 980 olguyu içeren 20 araştırmaya ait meta-analizde diyafragma rüptürlerinin sadece %43,5 oranında preoperatif kesin tanısının konabildiğini, %41,4'ünün intraoperatif saptandığını ve %14,6 hastaya ise tanı konamadığını bildirmektedir. Radyolojik incelemelerle kesin tanı konamayan ancak diyafragma yaralanması şüphesi olan olgularda laparoskopik veya torakoskopik yöntemlerle kesin tanıya ulaşılmalıdır. Tanının gecikmesi morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Göksoy ve ark. (7) 56 olguluk seride künt yaralanmalarda tanı zamanına bağlı 3 dönem olduğunu bildirmektedirler; 1. Dönem: Akut başlangıç dönemi; 2. Dönem: Latent veya interval; 3. Dönem: Kronik-obstrüktif dönem. Toraks içi organlar 3. dönemde yapışıklıklara neden olur.

Erken dönem diyafragma yaralanmalı hastalarda en sık cerrahi yaklaşım şekli eşlik eden karın içi travma olasılığı nedeniyle laparotomidir ve karın içi yaralanmalarının tedavisinde de en uygun yaklaşımdır (1, 3, 7-9). Güloğlu ve ark. (9) 67 hastalık akut döneme ait serilerinde preoperatif grafinin %31 tanı koydurucu olduğunu bildirmişlerdir. Diyafragma yaralanması tanısı eşlik eden organ yaralanmasına bağlı yapılan operasyonlar sırasında konulabilmektedir. Ancak geç dönemde diyafragma yaralanması şüphesi veya tanısı bulunan olgularda herniye olan organ ile plevra ve diğer toraks içi organlar arasındaki muhtemel yapışıklıklar nedeniyle torakotomi ile eksplere edilmesi önerilmektedir (1, 3). Burada sunulan olguda, acil servise başvuru nedeninin barsak tıkanması olması ve karın şikayetlerinin akut olarak ortaya çıkmış ve şiddetli olması, genel cerrahi kliniğine acil cerrahi girişim yolu olarak laparotominin uygun olduğunu düşündürmüştür. Ancak geçen zamanla toraks boşluğunda meydana gelen yapışıklıklara bağlı olarak toraks içindeki transvers kolonun karın içine çekilememesi, torakotomi uygulanmasını zorunlu hale getirmiştir.

SONUÇ

Geçmişinde toraksa nazif delici kesici aletle yaralanma olan olgular abdominal patolojiler yönünden değerlendirilirken transtorasik abdominal yaralanmalar veya abdominal organ yaralanması olmadan meydana gelebilecek olan diyafragma yaralanmalarına bağlı gelişebilecek patolojiler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılacak cerrahi girişime karar verirken ortada bulunan patolojik tabloya neden olan faktörler göz önüne alınmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - A.O.T.; Verilerin elde edilmesi - S.K.; Verilerin analizi ve yorumlanması - A.M.B., M.K.U.; Yazının kaleme alınması - A.O.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Study concept and design - A.O.T; Acquisition of data - S.K.; Analysis and interpretation of data - A.M.B., M.K.U.; Preparation of the manuscript - A.O.T

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Tokat AO, Karasu S, Barlas AM, Pekcici R, Kısacık E, Karakaya J. Penetran toraks travmasına bağlı diafragma yaralanmaları. Türkiye Klinikleri Arch Lung 2011; 12: 48-53.
2. Shah R, Sabanathan S, Mearns AJ, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 1995; 60: 1444-1449. [\[CrossRef\]](#)
3. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel AG, Büchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. J Trauma 1998; 44: 183-188. [\[CrossRef\]](#)
4. Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia. Occult marker of serious injury. Ann Surg 1993; 218: 783-790. [\[CrossRef\]](#)
5. Vatansever C, Aksoy F, Tekin F, Tekin A, Belviranlı M, Kaynak A. Diaphragmatic rupture in abdominal trauma. Ulus Travma Derg 2003; 9: 285-290.
6. Demirhan R, Küçük HF, Kargı AB, Altıntaş M, Kurt N, Gülmen M. Evaluation of 572 cases with blunt and penetrating trauma. Ulus Travma Derg 2001; 7: 231-235.
7. Göksoy E, Ersan Y, Oral C, Çiçek Y. Travmatik diyafragma yaralanmaları. Medica 1986; 2: 10-12.
8. Nursal TZ, Ugurlu M, Kologlu M, Hamaloglu E. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases. Hernia 2001; 5: 25-29. [\[CrossRef\]](#)
9. Güloğlu R, Arıcı C, Kocataş A, Necefli A, Asoğlu O, Alış H, ve ark. Diyafragma yaralanmaları. Çağdaş Cerrahi Derg 1996; 10: 168-171.