

# Travma Sonrası Çekumun Perfore Olmayan İskemik Nekrozu: Olgu Sunumu

## Post-Traumatic Non-Perforated Ischemic Necrosis of the Cecum: Case Report

 Ahmet AVCU<sup>1</sup>,  
 Musa SERİN<sup>2</sup>,  
 Süleyman KOÇ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5, Sivas, Türkiye  
<sup>2</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

### Corresponding author:

Ahmet AVCU, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dönem 5, Sivas, Türkiye

### E-mail:

[ahmet\\_avcu@yahoo.com.tr](mailto:ahmet_avcu@yahoo.com.tr)

**Received/Accepted:** May 2021

**Conflict of interest:** There is not a conflict of interest.

### How to Cite

Avcu, A., Serin, M., Koc, S. (2021). Travma Sonrası Çekumun Perfore Olmayan İskemik Nekrozu: Olgu Sunumu. Health Sciences Student Journal, 1(1), 68-72.

<https://hssj.cumhuriyet.edu.tr/travma-sonrasi-cekumun-perfore-olmayan-iskemik-nekrozu-olgu-sunumu>

### ÖZET

Künt batın travmaları sırasında karaciğer ve dalak gibi solid organlarla karşılaştırıldığında kolon ve ince barsak yaralanmaları çok daha nadir görülmektedir. Travma sonrası çekum nekrozu, yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili, az tanınan bir antidedir. Tanı koymak, uygun ve zamanında tedaviye başlamak, sonuçların iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir. Çekum nekrozunun patogenezi, oklüziv veya non-oklüziv gibi nedenlerle ilişkilidir. Erken tanı ve nekroze segmentin mümkün olduğunca erken rezeksiyonu yüksek mortalite oranlarını düşürebilir. Travma ile başvuran geçmişinde vasküler hastalık öyküsü bulunan hastalarının ayırıcı tanısında çekum nekrozu da akla gelmelidir. Burada daha önce koroner bypass öyküsü olan trafik kazasına bağlı künt travma sonrası laparotomide çekumda izole çekum nekroz görülen 75 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Çekum nekrozu, mezenter iskemi, travma.

### ABSTRACT

Colon and small intestine injuries are much less common during blunt abdominal trauma compared to solid organs such as the liver and spleen. Post-traumatic cecum necrosis is a less recognized entity associated with high morbidity and mortality. Making a diagnosis, initiating appropriate and timely treatment is critical for improving outcomes. The pathogenesis of cecum necrosis may be associated with occlusive or non-occlusive causes. Early diagnosis and resection of the necrotic segment as early as possible may decrease the high mortality rates. In the differential diagnosis of patients with a history of vascular disease presenting with trauma, cecum necrosis should also be considered. Here, we present a 75 years-old male patient with a history of coronary bypass who underwent laparotomy after blunt trauma due to car accident and who underwent segmental resection end-lateral anastomosis with the diagnosis of isolated necrosis in the cecum.

**Keywords:** Cecal necrosis, mesenteric ischemia, trauma.

## GİRİŞ

Künt batın travması sonrası karaciğer ve dalak gibi solid organlarla karşılaştırıldığında kolon ve ince barsak yaralanmaları çok daha nadir görülmektedir<sup>1</sup>. Travma sonrası opere edilen hastaların yaklaşık % 5'inde intestinal yaralanma rapor edilmektedir<sup>1</sup>. Bu yaralanmalar, nadir görülmelerine rağmen tedavi edilmezlerse morbidite ve mortalitede önemli ölçüde artmalara sebep olabilmektedir<sup>7</sup>. Dolayısıyla bu hastalarda erken tanı ve tedavi kritik öneme sahiptir<sup>6,9</sup>. Geleneksel olarak karın travmalı hastaların yönetimi genellikle klinik ve laboratuvar parametrelere göre yapıldığından dikkat dağıtıcı uzak yaralanmaların olması, klinik olarak hastaların bilinç düzeylerindeki değişimler veya hemodinamik açıdan instabilitenin olduğu durumlarda önemli bağırsak yaralanmaları sıklıkla gözden kaçabilmektedir<sup>5,9</sup>.

## OLGU SUNUMU

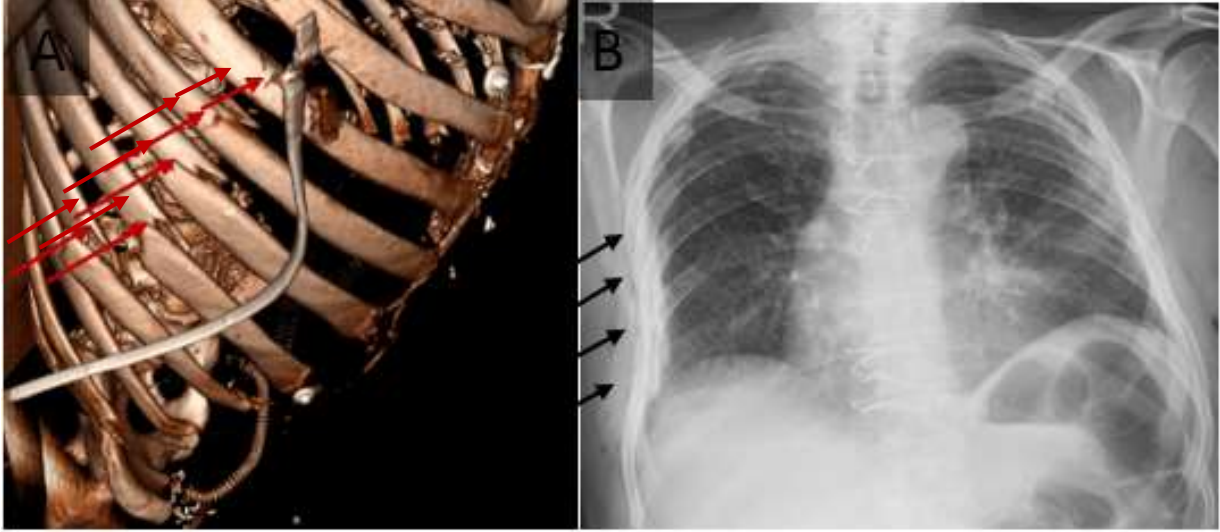
Yetmiş beş yaşında erkek hasta, trafik kazası sonucu yaralanma neticesinde göğüs ve sağ yan ağrısı şikayetleri ile acil servise getirildi. Hastaya 2 yıl önce iskemik kalp hastalığı nedeniyle koroner “bypass” ameliyatı yapılmış. Yapılan fizik muayene sonucu göğüs sağ yan tarafında ve sırtta yaygın hassasiyeti mevcut olup batın muayenesinde defans ve rebound yoktu. Hastaneye geliş anındaki laboratuvar sonuçları: WBC = 9,28 µg/ L, hemoglobin = 16,4 gr/dL (4 saat sonra kontrol15.7), BUN = 21.9 mg/dL, kreatinin = 1.36 mg/dL, AST = 441U/L, ALT = 212 U/L, LDH = 866 U/L olup diğer parametreler normaldi. Akciğer grafisinde sağ taraftaki kotlarda meydana gelen fraktürlerden dolayı içeriye çökme şeklinde deformite mevcuttu (Şekil 1). Tüm abdomen

tomografisinde batın içinde patolojik bir bulgu yoktu. Hasta, sağ tarafta 4-5 yerde cot fraktürü ve akciğer laserasyonu nedeniyle göğüs cerrahi bölümünce yatırıldı. Göğüs cerrahisindeki takibinin 1. gününde karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama nedeniyle genel cerrahi konsültasyonu istendi. Yapılan muayenede batında distansiyon ve minimal hassasiyet saptandı. Rektal tuşe ve lavmandan sonra gaz-gaita deşarjı oldu ve hasta rahatladı. Göğüs cerrahisindeki takibinin 2. gününde kardiyak ve solunum arresti gelişti. CPR yapıldı ve yoğun bakım ünitesine entübe olarak alındı. Acil kontrol abdominal tomografisi radyoloji bölümünce ayrıntılı olarak değerlendirildi ve batın içindeki organlarda perforasyon, kanama gibi acil cerrahi müdahale gerektirecek bulgulara rastlanmadı (Şekil 2). Fakat hastanın genel durumundaki kötüye gidişini aydınlatmak, gerekirse müdahale etmek amacıyla acilen ameliyata alındı.

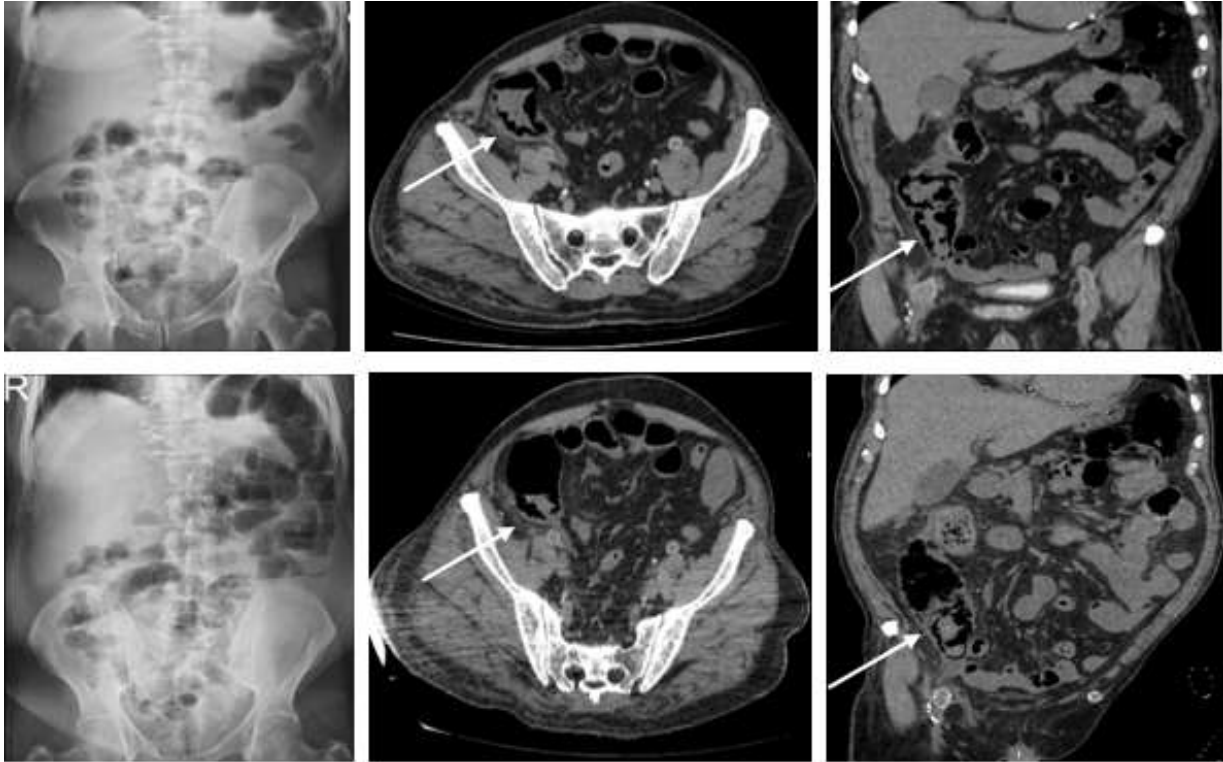
Eksplorasyonda vasküler dolaşımın bozulmasına bağlı olarak çekum ve çıkan kolon duvarının ödemli ve nekrotik olduğu ancak perfore olmadığı görüldü. Eksplorasyonun devamında batına herhangi bir gaita içerikli mayinin sızmadığı ayrıca herhangi bir kanamanın da olmadığı görüldü (Şekil 3). Hastaya sağ hemikolektomi + uç ileostomi yapıldı. Ayrıca yaklaşık 10 cm'lik ince barsak segmentinin önceki ameliyata bağlı ileri derecede yapışık olduğundan rezeke edilip stapler ile yan yana ince barsak anastomozu yapıldı. Postop hasta entübe olarak genel cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı. Hastanın postoperatif takibinde kan gazında metabolik asidoz, WBC yüksekliği, hiperpotasemi, oligouri, aritmi ateş gibi komplikasyonlar gelişti. Bu sebeplerle göğüs cerrahisi, intaniye, kardiyoloji, anestezi ve nefroloji bölümlerinden

konültasyonlar istendi ve önerileri doğrultusunda tedavisi düzenlendi. Takipleri sırasında ateş ve metabolik asidoz

devam etti. Postop 2. günde kardiyak arrest gelişti. Yapılan CPR'a yanıt alınamadı ve hasta ex kabul edildi.



**Şekil 1.** Toraks CT'de Sağ tarafta ardışık 5 adet kot fraktürü görülmektedir (kırmızı oklar) (A). PA AC grafisinde göğüs sağ yan tarafında kot fraktürlerine bağlı göğüs deformitesi görülmektedir (siyah oklar) (B).



**Şekil 2.** Yatış anında ve kontrol tomografide perfore olmayan etrafında sıvı kolleksiyonu bulunmayan sağlam çekum görüntüsü (Beyaz ok).



**Şekil 3.** Çekum ve parsiyel asendan kolon rezeksiyon materyali.

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Kolon iskemisi gastrointestinal traktın en yaygın iskemi türüdür. Akut alt gastrointestinal kanama nedeniyle hastaneye yatırılan tüm hastaların %12'sinin nedenidir<sup>5,8</sup>. Kolon iskemisi, genel olarak mezenterik vasküleritedeki anatomik ve /veya fonksiyonel değişiklikler nedeniyle kolona giden kan akışındaki kritik azalmadan sonra meydana gelir. Kolonda ödem, kalınlaşma, striktür, gangren, kolit gibi belirtiler gösterebilir<sup>3</sup>. Bizim hastamızda ise oldukça nadir görülen sebepler arasında yer alan travma sonucu iskemik kolit meydana gelmiştir.

Kolon iskemisi, genel olarak vasküler risk faktörleri olan hastalarda ortaya çıkar. Bunlar arasında diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve periferik vasküler hastalık bulunur. Bununla birlikte irritable bağırsak sendromu (IBS), kabızlık ve abdominal aort anevrizması onarımı gibi cerrahi girişimler bilinen risk faktörleridir. Ayrıca risk faktörleri olmadan da ortaya çıkabilir<sup>2</sup>. Bizim vakamızda da daha önce iskemik kalp hastalığı nedeniyle geçirilmiş koroner bypass öyküsü mevcuttu. Kolon iskemisinin çok yönlü bir patogenezi vardır. Bu nedenle hastanın anamnezi, kliniği, muayenesi tıbbi/cerrahi ilaç ve girişim geçmişi dikkatli bir şekilde

değerlendirilmelidir. Kliniğinde hafiften şiddetliye doğru çok değişken semptomlar olabildiğinden tanı koymak güçtür<sup>3</sup>. Bizim vakamızda genel olarak travmaya bağlı göğüs sağ yan tarafında ağrı ve konstipasyon dışında başka şikâyet mevcut değildi. Karın muayenesi normal, defans rebound hassasiyet gibi bulgular yoktu.

Kolon iskemisinden öykü, fizik muayene ve klinik durum ile şüphelenilir. Karın ağrısı ve kanlı ishal ayırıcı tanı yapma açısından oldukça zordur. Rutin laboratuvar testleri ise kolon iskemisi açısından tanısal olmamakla birlikte sadece ön tanıda fikir vericidir<sup>3</sup>. Vakamızda travmaya bağlı göğüs yan ağrısı dışında (karın ağrısı, bulantı, kusma, gis kanaması vs.) herhangi bir semptom veya muayene bulgusu yoktu. Kolon iskemisi şüphesi olan hastada önerilen ilk görüntüleme yöntemi kontrastlı bilgisayarlı tomografidir (BT). Kolon iskemisi, bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde segmental kalınlaşma yapabilen durumlarla (Crohn koliti, enfeksiyon vb.)<sup>3</sup>. CT, katı organ yaralanmalarının tespiti için çok doğru olmasına rağmen, bağırsak ve mezenter yaralanmalarına karşı daha az hassas olabilmektedir<sup>4</sup>. Vakamızda ise hastaya biri ilk gelişte acil serviste diğeri göğüs cerrahisi kliniğinde yatarken çekilmiş iki CT'sinde de perforasyon veya başka bir bulguya rastlanmamıştır. Bununla uyumlu olarak da hastanın kliniğinde de spesifik bir bulgusu yoktu.

Tanı konulan hastaların yaklaşık %20 sinde cerrahi tedavi gerekmektedir<sup>10</sup>. Cerrahi gereken hastaların çoğu sağ taraflı, transmural iskemisi olan ve komplikasyon gelişen hastalardır. Geri kalanı ise konservatif tedavi ile iyileşmektedir. Hastaların çoğunda, hastalığın belirti ve semptomları 24 ila 48 saat içinde düzelir ve

tam klinik, radyografik ve endoskopik çözülme 2 hafta içinde gerçekleşir<sup>10</sup>. Bizim hasta, genel durumundaki kötüye gidişini aydınlatmak, gerekirse müdahale etmek amacıyla acilen ameliyata alındı. Eksplorasyonda çekum ve çıkan kolonun konjesyone ve nekrotik olması fakat perfore olmaması CT ile tanının konulamamasına sebep olmuştur.

Sonuç olarak çekumun travma sonrası iskemik nekrozu nadir görülse de anamnez ve klinik bulgularla ayırıcı tanı da her zaman hekimlerin aklına gelmelidir. Bu sayede erken teşhis edilmesi ve cerrahi ile tedavi edilmesine olanak sağlanabilir.

## KAYNAKÇA

- Buck, G. C., Dalton, M. L. & Neely, W. A. (1986). Diagnostic laparotomy for abdominal trauma. A university hospital experience. *The American Surgeon*, 52(1), 41–43.
- Cotter, T. G., Bledsoe, A. C. & Sweetser, S. (2016a). Colon Ischemia An Update for Clinicians. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(5), 671–677. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.006>
- Cotter, T. G., Bledsoe, A. C. & Sweetser, S. (2016b). Colon Ischemia. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(5), 671–677. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.006>
- Durrant, E., Abu Mughli, R., O'Neill, S. B., Jiminez-Juan, L., Berger, F. H. & Ezra O'Keefe, M. (2020). Evaluation of Bowel and Mesentery in Abdominal Trauma. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 71(3), 362–370. <https://doi.org/10.1177/0846537120908132>
- Ekeh, A. P., Saxe, J., Walusimbi, M., Tchorz, K. M., Woods, R. J., Anderson, H. L. & McCarthy, M. C. (2008). Diagnosis of Blunt Intestinal and Mesenteric Injury in the Era of Multidetector CT Technology—Are Results Better? *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 65(2), 354–359. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181801cf0>
- Malhotra, Ajai K. MD; Fabian, Timothy C. MD; Katsis, Steven B. MD; Gavant, Morris L. MD; Croce, M. A. M. (2000). *Blunt Bowel and Mesenteric Injuries: The Role of Screening C... : Journal of Trauma and Acute Care Surgery*.
- MAULL, K. I. & REATH, D. B. (1984). Impact of Early Recognition on Outcome in Nonpenetrating Wounds of the Small Bowel. *Southern Medical Journal*, 77(9), 1075–1077.

- <https://doi.org/10.1097/00007611-198409000-00004>
- Oglat, A. & Quigley, E. M. M. (2017). Colonic ischemia. *Current Opinion in Gastroenterology*, 33(1), 34–40. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000325>
- Peters, E., LoSasso, B., Foley, J., Rodarte, A., Duthie, S. & Senac, M. O. (2006). Blunt bowel and mesenteric injuries in children: Do nonspecific computed tomography findings reliably identify these injuries? *Pediatric Critical Care Medicine*, 7(6), 551–556. <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000244428.31624.AB>
- Theodoropoulou, A. & Koutroubakis, I. E. (2008). Ischemic colitis: Clinical practice in diagnosis and treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 14(48), 7302. <https://doi.org/10.3748/wjg.14.7302>