



19-23 Nisan 2013

# 9. ULUSAL TRAVMA ve ACİL CERRAHİ KONGRESİ

## BİLDİRİ ÖZET KİTABI

[www.travma2013.org](http://www.travma2013.org)



Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Demeđi

Köprölü Mehmet Paşa Sk. Deniz Abdal Mah.  
Dadaşoğlu Apt. No.25/1 Şehremini-İSTANBUL  
Tel: 0 (212) 588 6246  
0 (212) 531 1246 - 531 0939  
Faks: 0 (212) 586 1804

[www.travma.org.tr](http://www.travma.org.tr)  
[travma@travma.org](mailto:travma@travma.org)

**flap tour**

Organization Sekreteryası

441. Cadde No: 1, 06610  
Birlik-Çankaya - Ankara / TURKEY  
Tel: 0 (312) 454 0000  
Faks: 0 (312) 454 0001

[www.travma2013.org](http://www.travma2013.org)  
[travma2013@flaptour.com.tr](mailto:travma2013@flaptour.com.tr)

de görülemeyerek anal kanaldan çıkarılan 2 batı içi RİA olgusu sunulmuştur. **Bulgular: Olgu 1:** Bir aydır sırta vuran alt kadrın ağrısı olan multipar 31 yaşındaki hastanın çekilen direk grafi ve tomografisinde batın içine RİA kaçtığı tespit edilmiştir. Diagnostik laparoskopide, RİA refleksiyonun üzerinde rektum lateralinde saptanarak batın dışına alındı. **Olgu 2:** Karın ağrısı şikayeti ile acile başvuran 37 yaşındaki hastanın direk grafisinde serbest hava ve batın içi RİA tespit edilmesi üzerine laparotomi yapıldı. Laparatomide RİA batın içinde bulunamadı. Sigmoid kolonda 5 mm'lik perforasyon odağından RİA'nın kolona kaçtığı gözlenerek primer onarım yapıldı ve RİA anal yoldan dışarı alındı. Postoperatif 17. gününde ileus tablosu gelişen hasta medikal tedaviyle taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** RİA uygulaması sırasında uterus perforasyonu ortalama %0.1-0.3 oranında bildirilmektedir. Perforasyon sonrası migrasyon başta jinekolojik organlara olmak üzere omentum, apendiks, mesane nadiren de sigmoid kolona olur. Sigmoid perforasyonda ağrı, kanama görülebileceği gibi tanı, insidental olarak ta saptanabilir. Tanıda RİA'nın yerini ve komplikasyonları görmede direk grafiler ve tomografi faydalıdır. Serbest hava ve peritonit bulguları olmayan hastalarda laparoskopi tercih edilirken, akut batın bulguları mevcutsa laparatomiden kaçınılmalıdır.

### [PB - 232]

#### Penetran kafa travması sonrası oluşan kallozomajinal arter travmatik anevrizması ve buna bağlı gelişen geç intraserebral hematoma tedavisi yönetimi: olgu sunumu

İLYAS DOLAŞ<sup>1</sup>, TUĞRUL CEM ÜNAL<sup>1</sup>, AYDIN AYDOSELI<sup>1</sup>, YAVUZ ARAS<sup>1</sup>, OSMAN BOYALI<sup>1</sup>, ALİ FUAT KAAN GÖK<sup>2</sup>, MEHMET İLHAN<sup>2</sup>, ALİ NAIL İZGİ<sup>1</sup>, RECEP GÜLOĞLU<sup>2</sup>, KUBİLAY AYDIN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Acil Cerrahi Birimi, İstanbul*

<sup>3</sup>*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Nöroradyoloji Bilim Dalı, İstanbul*

**Olgu Sunumu:** Bu olgu sunumunda İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Birimi'ne sağ orbitadan giren örgü şişi ile meydana gelmiş penetran kafa travması sonrası oluşan kallozomajinal arter travmatik anevrizması ve buna bağlı olarak gelişen geç intraserebral hematoma olgusu incelenmiştir. 25 aylık kız hasta sağ gözüne örgü şişi girmesi ifadesiyle başvurdu. Örgü şişinin hasta yakınları tarafından çekilerek çıkartıldığı ifade edildi. Hastanın harici muayenesinde sağ periorbital ekimoz ve sağ orbita superomedialinde delici cisim giriş deliği mevcuttu. Geliş nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Kranyal bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ frontal lobu çaprazlayarak orta hattı geçen minimal kontüzyon hattı saptandı. Hastada travma sonrası 7. günde jeneralize nöbet gelişmesi üzerine çekilen kontrol kranyal BT tetkikinde sağ frontal lob yerleşimli 4x5 cm boyutlarında, orta hat şiftine yol açmış, ventrikül içine açılmış intraserebral hematoma izlendi. Hastanın Glasgow Koma Skoru 12 (E3M6V3) sol alt ekstremité 1/5, üst ekstremité 3/5 hemiparetik idi. Hastaya intrakranyal BT anjiyografi yapıldı. Distal anterior serebral arterde şüpheli anevrizmatik dolum tespit edilmesi üzerine, nöroradyoloji biriminde serebral dijital substraksiyon anjiyografi yapıldı. DSA tetkikinde sağ kallozomajinal arter üzerinde pseudoanev-

rizma izlendi. Anevrizması aynı seansta endovasküler yolla kapatıldı. İşlem sonrası kranyotomi ile hematoma boşaltıldı. Takiplerinde sorun yaşanmayan hasta ameliyatın 7. günü nörolojik olarak defisitsiz halde taburcu edildi. Penetran kafa travmasına bağlı intrakranyal anevrizmalar nadir görülen, akılda tutulması gereken patolojilerdir. Bu tip yaralanmalardan sonra yabancı cismin geri çekilmesi tetkiklerin tamamlanmasından sonra gerçekleştirilmelidir. Travma sonrası serebrovasküler yaralanma ve buna bağlı gelişebilecek anevrizmaların tedavisi farklı branşların bir araya gelmesi ve doğru planlama ile başarılı bir şekilde yapılabilir.

### [PB - 233]

#### Penetran sağ diafragma ve karaciğer kombine yaralanmasında laparoskopik onarım; olgu sunumu

M. KASIM ARIK, ŞÜKRÜ TAŞ, FARUK ÖZKUL, Ö. FARUK ÖZKAN, ÖZTEKİN ÇIKMAN, MUAMMER KARAAYVAZ

*Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale*

**Giriş:** Diafragma yaralanmaları penetran veya künt travmalar sonrası gelişmektedir. Çalışmamızda delici-kesici alet ile oluşan ve karaciğer yaralanması ile kombine sağ taraf diafragma yaralanmasının laparoskopik yaklaşımla tedavisinin sunulması amaçlandı. **Olgu Sunumu:** Acil servise delici-kesici alet yaralanması nedeniyle başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde sağ 6. interkostal aralıkta orta aksiller çizgiye yakın yerleşimli 4 cm uzunluğunda transvers kesi görüldü. Sağ tarafta solunum sesleri azalmış olup, fizik muayenesinde karında hassasiyet saptandı. Çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografisinde sağ diafragmada elevasyon ve hemopnömotoraks izlendi. Ayrıca bilgisayarlı tomografide karaciğer segment 7 de laserasyon tespit edildi. Hastaya kapalı sualtı toraks dreni takılarak sağ diafragma yaralanması ön tanısıyla, ameliyata alındı. Hemodinamik bulguları stabil olan hastaya göbek üstünden 10 mm'lik port ile girilerek mediastinal shift gelişmemesi için düşük basınç altında (8-9 mmHg) laparoskopik ekplorasyon yapıldı. Diafragma sağ tarafında 6 cm 'lik yaralanma ve karaciğer segment 7'de 5 cm uzunluğunda lineer ve en derin yeri yaklaşık 2 cm olan laserasyon görüldü. Laparoskopik olarak erimeyen sütürlü diafragmanın onarımı yapıldı. Karaciğerdeki laserasyona tampon uygulanıp sutur konularak kanama kontrolü yapıldı. Postoperatif takiplerinde problem izlenmeyen hasta 3. günde taburcu edildi. **Sonuç:** Penetran yaralanma sonrası, gözden kaçması ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilen sağ taraf diafragma rüptürü ve beraberinde oluşabilecek viseral organ yaralanmaları mutlaka akılda tutulmalıdır. Tanıda, direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi yol gösterici olmaktadır. Hemodinamik açıdan stabil olan olgularda laparoskopik yaklaşımla cerrahi tedavi daha az yatış süresi ve daha az ağrıya neden olan bir yöntemdir.