

VAKA TAKDİMLERİ

İatrojenik Duodenal Yaralanmada Retroperitoneal Yoldan Jejunal Yama Uygulaması: Olgu Sunumu

Retroperitoneal Jejunal Patch Repair of Duodenal Injury

Dr.Orhan YALÇIN, Dr.Ali ÖZSEKER, Dr.Yalçın AKER

Tüm abdominal travmaların sadece %4'ünü oluşturan duodenal yaralanmalar¹, yüksek mortalitesi nedeniyle günümüzde halen zor bir problem olarak cerrahideki önemini korumaktadır.

Taksim Hastanesi,
1.Cerrahi Kliniği,
İSTANBUL

Duodenum anatomik olarak kendisini saklamış olmasına karşın hem penetran hem de künt travmalarda yaralanabilir. Toplanmış serilerde yaralanmaların %82'si penetran, %18'i künt travma şeklindedir.¹

dok ile ilişkide olması ve çok toksik kimyasal karışımlar ve aktif enzimlerden ibaret bir içeriğe sahip olması sayılabilir.¹

OLGU

Penetran yaralarda ilk sırayı ateşli silah yarası (%76) alırken, bıçak ve av tüfeği yaralanması bunu izler.¹ Künt yaralarda ise motorlu araç kazaları en büyük bölümü (%73) oluştururken, düşme, saldırı ve diğer nedenler (iatrojenik v.s) bunu izler. İatrojenik yaralanmalarla ilgili belirli bir insidens yoktur ve oldukça nadirdir.^{1,2,3,4} Perkütanöz nefrolitotomi esnasında izole duodenal lezyonlar bildirilmiştir.² Tüm travma çeşitlerinde en çok ikinci kısım yaralanır (%33).¹

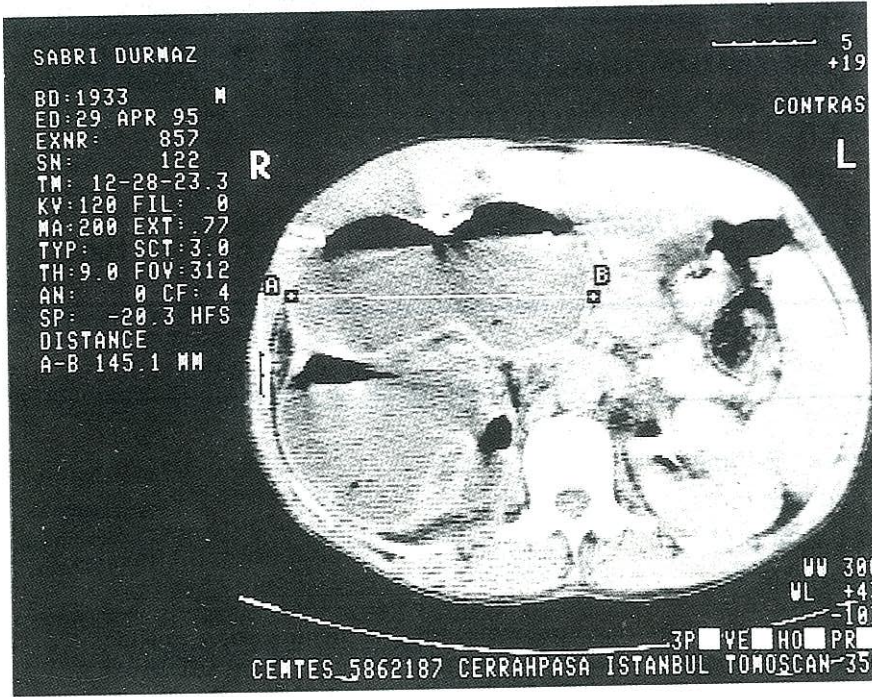
Hasta (S.D., 62 yaşında, erkek), Üroloji Servisine sağ piyonefroz tanısı ile yatırılmıştır. Bilgisayarlı tomografide (Şekil 1) böbreğin ileri derecede büyük, yer yer lobüllü, kistik boşluklar içinde sıvı seviyesi içerdiği belirlenmiştir. Yapılan intravenöz pyelografide sağ böbreğin nonfonksiyone olduğu saptanmıştır. Hastaya ultrasonografi eşliğinde perkütan nefrostomi uygulanmış ancak yeterli drenaj sağlanamamıştır. Drenajın yeterli olmaması ve ateşinin düşmemesi üzerine hasta ameliyata alınmış ve sağ lomber insizyonuyla böbrek yapışık olduğu komşu doku ve organlardan ayrılarak ekstirpe edilmiş ve duodenumun perfore olduğu farkedilmiştir.

Duodenal yaralanmalarda mortalite günümüzde de yüksektir. Son 25 yıllık toplanmış serilerde ortalama mortalite %17'dir (%5-25).^{1,3,4} Eşlik eden organ yaralanmaları çıkarıldığında yalnızca duodenuma ait mortalite %6-12'dir.¹ Bu yüksek mortalitenin nedenleri olarak; ince duvarı nedeniyle travmaya direnç göstermemesi, retroperitoneal lokalizasyonu nedeniyle tanı gecikmesi, büyük kan damarlarını içeren birçok vital organlarla çevrili olması, pankreas ve kole-

Hasta tarafımızdan ameliyat koşullarında konsülte edildiğinde, duodenumda 2.kısımın distali ve 3.kısımın proksimalini içeren uzunlamasına tam kat defekt görüldü. Duodenal Injury Severity (DIS) sınıflamasına (Tablo 1) göre Grade III perforasyon olarak değerlendirildi.³

Septik şokta olan hastanın pozisyonunu değiştirip insizyonu büyütürken radikal bir girişim tercih edildi.

BAZILAN ADRESİ: Dr.Orhan YALÇIN
Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği
Taksim-İSTANBUL



ŞEKİL 1: Hastanın ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi bulgusu

Mevcut lomber kesiden retroperiton 3cm açılarak Treitz'dan 40 cm ileriden bir jejunal loop, retroperitoneal duodenum üzerine çekilerek nonabsorbable materyelle serozal yama yapıldı. Retroperitoneal bölgeye silikon dren yerleştirilip insizyon kapatıldı. 7.gün dren alındı ve 9.gün Gastrofin ile pasaj grafisi çekildi. Mide boşalmanın normal olduğu, duodenumda obstrüksiyon ve kaçak olmadığı görülünce nazogastrik tüp alınıp oral gıdaya başlandı. Gıdayı tolere eden hasta 12.gün taburcu edildi.

TABLO 1: Duodenal Injury Severity (DIS) skorlaması

Grade	Lezyon ağırlığı
I	minör hematoma ya da inkomplet perforasyon
II	major hematoma ya da küçük komplet perforasyon
III	ampulla hariç geniş perforasyon
IV	ampulla dahil geniş perforasyon
V	duodenopankreatik defekt

Nefrektomi piyesinin patolojik incelemesinde; kronik pyelonefrit zemininde iyi diferansiye epidermoid karsinom saptandı.

TARTIŞMA

İatrojenik duodenum yaralanmaları operasyon ve endoskopik girişim esnasında geliştiği için tanınması kolaydır. Esas problem tedavi seçimidir. Seçim birçok faktöre bağlıdır.

Birincisi defektin anatomik genişliğidir. Defektin ağırlığı için üzerinde uzlaşmış standart bir derecelendirme sistemi olmamasına karşın, bazı skorlama sistemleri (Duodenal Injury Severity, Abdominal Trauma Index, Duodenal Injury Score) yayınlanmış ve bu skorlamalara göre kompleks veya basit ameliyat seçiminin daha iyi sonuç verdiği belirtilmiştir.^{1,3,4} Olgumuzun Duodenal Injury Severity'e göre Grade III olduğu kararlaştırılmıştır.

İkinci faktör ise duodenal yaralanmaya safra kanalı, pankreas veya onun ana kanalı major vasiküler yapıların eşlik etmesidir ki hastamızda bu durum mevcut değildi. Böyle durumlarda mortalite ve morbidite yüksek olduğu için ameliyat ağırlığı da artacaktır.

Üçüncü faktör tanıda gecikilmiş olmasıdır. 24 saati geçen olgularda mortalite %40, erken dönemde ameliyat edilenlerde ise %14 olarak bildirilmektedir.¹

Dördüncü ve son faktör hastanın genel durum koşullarıdır ki hastamız bu faktöre göre septik şok tablosunda idi.

Cerrah ameliyat seçimine karar verirken bu dört faktörü göz önüne almalıdır. Seçilecek yöntemler primer sütür, Roux-en Y duodenojejunostomi, serozal yama (loop veya pediküllü greft şeklinde), duodenal divertikülizasyon, pilorik ekslüzyon, pankreatikoduodenektomi olarak özetlenebilir. Tekniklerin birbirine üstünlükleri hep tartışılmalıdır. Ancak; teknikler, aynı ağırlıkta yaralanması olan ve diğer faktörleride aynı oranda taşıyan hasta serilerinde karşılaştırılabilir. Bugüne kadar standart bir yöntemde karar kılınacak kadar yeterli büyüklükte seri oluşturmak imkanı bulunamamıştır.

Biz, olgumuzun septik şokta olmasını ve periduodenal gecikmiş infeksiyon varlığını dikkate ala-

rak, retroperitoneal girişimle jejunal serozal yama uygulamayı seçtik. Abdominal girişim yapılmayarak hem zaman kazanmayı, hem de batının kirlenmesini engellemeyi amaçladık.

Retroperitoneal uygulamanın literatürde olması nedeniyle de yöntemi tanımlamayı istedik.

KAYNAKLAR

1. Asensio JA, Bookman RF: Duodenal injuries. In Shackelford's surgery of the alimentary tract. Zuidema GD, edited by Richie WP, WP Saunder Company, Philadelphia, Volume II, 1991, p:104-17.
2. Kumar A, Kumar BG, Tewari A, Srivastava A: Isolated duodenal injury during relook percutaneous nephrolithotomy. Br J Urol, 1994, 74:382-3.
3. Kline G, Lucas CE, Ledgerwood AM, Saxe JM: Duodenal organ injury severity (DIS) and outcome. Am Surg, 1994, 60:500-4.
4. Nassoura ZE, Ivatury RR, Simon RJ, Kihir T, Stahl WM: A prospective reappraisal of primary repair of penetrating duodenal injuries. Am Surg, 1994, 60:35-9.