

Künt travma sonrası oluşan akut travmatik abdominal duvar hernisi: Olgu sunumu

Acute traumatic abdominal wall hernia after blunt trauma: A case report

Bariş Saylam*, Arife Polat Düzgün*, Mehmet Vasfi Özer*, Faruk Coşkun*

Travmatik abdominal duvar hernisi künt karın travmalarının erişkinlerde nadir rastlanan bir sonucudur. Yüksek enerjili künt abdominal travma (forklift kepçesinin direkt olarak karnına çarpmasıyla) sonucu oluşan sağ lateral abdominal duvar hernisi bulunan 25 yaşında erkek olgu sunulmuştur. Künt travmalarda her ne kadar abdominal organlardaki yaralanmaların tanınmasına öncelik verilse de, bu hastalarda abdominal duvar defekti de oluşabilir. Hastaya acil eksploratif laparotomi yapılarak herniye olmuş omentum ve transvers kolon gözlenmiş ve defekte primer tamir uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Künt travma, abdominal duvar, travmatik herni

*Ankara Numune EA Hastanesi,
3. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara,
Türkiye

Dr. Faruk Coşkun
E-posta: farukcoskun@mynet.com

Makale Geliş Tarihi: 07.05.2010
Makale Kabul Tarihi: 12.05.2010

GİRİŞ

Künt karın travması sonrası en sık gözlenen herni tipi diyafragma rüptürüdür. Abdominal duvarın muskuloaponevrotik tabakalarının tam kat rüptürü sonucu oluşan akut abdominal duvar hernisi nadir görülen bir sonuçtur. Kolaylıkla gözden kaçırılabilir bir yaralanma türü olan bununla birlikte tanı ve tedavide gecikmenin ciddi mortalite ve morbidite sebebi olabildiği bu herni tipini bir olgumuzun ışığında tartışmayı amaçladık.

OLGU BİLDİRİSİ

İş yerinde forklift kepçesinin direkt olarak karnına çarpması sonucu gelişen künt karın travmasıyla 25 yaşında erkek hasta acil servisimize başvurdu. Hastanın başvuru anında vital bulguları normal sınırlardaydı. İncelemede karında sağ üst kadranda ekimoz ve yüzeysel kontüzyon gözlenen hastada palpasyonda yaklaşık 20 cm çapında ağrısız, yumuşak kıvamlı ve hematoma olduğu düşünülen kitle saptandı. Kan testlerinde beyaz küre 21.2 K/ul (4.4-11.3 K/ul) ve LDH 254 U/l (98-192 U/l) yüksekliği hariç diğer parametreler normaldi. Yapılan acil abdominal ultrasonografi de intraabdominal organlar normal olarak görülürken, cilt altında ve sağ rektus kasında net sınırlanmayan fokal heterojen ekojen alanlar (fokal hemoraji) tespit edildi. Direkt grafilerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hasta bu sonuç-

larla travmatik rektus kılıf hematoma ön tanısıyla yatırılarak takip edildi. Tanısal peritoneal lavaj yapılan hastada lavaj sonucu makroskopik ve mikroskopik olarak negatifti. Hastanın takiplerinde sağ üst kadranda kitlenin ağırlı hale gelmesi ve beyaz küre düzeylerinin gerilememesi üzerine tüm karın bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapıldı. BT’de sağ üst kadranda geniş bir fasyal defektten çıkan ve cilt altına kadar uzanım gösteren herniye olmuş transvers kolon ve omentum tespit edildi (Şekil 1 ve 2).

Hasta acil olarak operasyona alındı, orta hat laparatomisi ile eksplorasyon yapıldı. Eksplorasyonda sağ üst kadranda peritonu, kasları ve fasyaları içine alan yaklaşık 10 cm uzunluğunda tam kat rüptür saptandı. Defektin cilt altına kadar uzandığı ve beraberinde yaklaşık 20 cm’lik transvers kolon segmentinin ve omentumun defektten herniye olduğu bununla beraber cildin intakt olduğu gözlemlendi. İntraabdominal organlarda başka bir patoloji saptanmadı. Transvers kolon ve omentum karına iade edildi ve defekt primer olarak nonabsorbabl sütürlerle onarıldı. Hastada postoperatif herhangi bir komplikasyon gözlenmedi ve postoperatif 3. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 1. ve 2. yıllarında yapılan kontrollerinde herni nüksü ve başka bir patoloji saptanmadı



Resim 1. Direkt görüntüde herniasyon gösteren transvers kolon.

TARTIŞMA

Travmatik abdominal duvar hernisi (TADH) fasya ve kasları yırtacak kadar güçlü, fakat cilde zarar vermeyen şiddetli bir künt travma sonucu oluşur. TADH insidansı bilinmemekle beraber yapılan bir çalışmada 10,868 künt travmalı hastadan 25'inde (%0.2) çeşitli şekillerde abdominal duvar hernisi tespit edilmiştir (1). Travmaya maruz kalan bölgeye göre değişmekle beraber defekt lokalizasyonu genellikle anatomik olarak zayıf olan rektus kılıfının laterali, alt abdomen ve

inguinal bölgelerdir (2). TADH içinde kabul edilen lumbur hernilerde defekt özellikle superior (Grynfelt) ve inferior (Petit) lumbur üçgenlerdedir (3). (%70'i bu alandandır) Bizim olgumuzdaki gibi büyük defektlerde lokalizasyon tanımlamak güçtür.

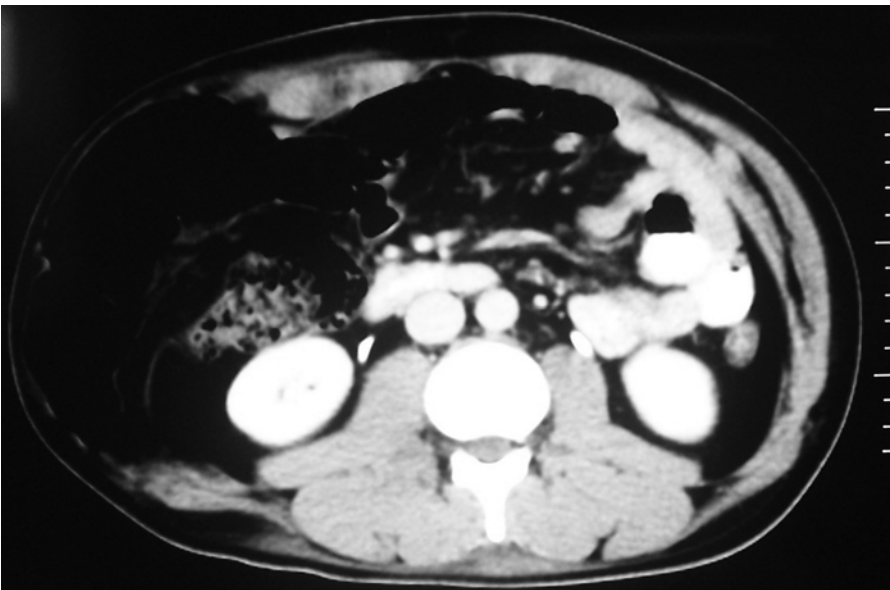
Konsensüs sağlanan bir sınıflandırma sistemi olmamakla beraber, defektin büyüklüğü ve lokalizasyonu, hasar mekanizması ve şiddetine göre sınıflandırılabilmektedir. Wood'a göre üç major tipe ayrılır: yüksek enerjili yaralanmalar da (motorlu araç kazaları ve yüksekten düşme gibi) fasya defekti büyüktür ve eşlik eden intraabdominal yaralanmalara sık rastlanır, ikinci tip düşük enerjili yaralanmalardır (bisiklet gidonuna bağlı) fasya defekti küçüktür, üçüncü tip ise deselerasyon yaralanması ile beraber barsakların retroperitoneal alana intraabdominal herniasyonudur (4). Ganchi ve Orgill (5)'e göre ise fokal ve difüz tip olarak ayrılmaktadır; fokal tipde defekt küçüktür ve intraabdominal organ yaralanması nadirdir, difüz tipte ise defekt büyüktür ve eşlik eden intraabdominal yaralanmalar sık görülür. Tüm olgularda eşlik eden intraabdominal organ yaralanması %30'a yakındır, bununla birlikte %100'lere varan oranlar da bildirilmiştir (5,6).

Karın BT incelemesi TADH tanısında ve eşlik eden organ yaralanmasının tespiti için en güvenilir tetkiktir (1,3,6). Tanıda en önemli unsur ise yaralanma mekaniz-

ması ve şiddetine göre anamnezde TADH olasılığının düşünülmesidir. Fizik muayenede ciltte kontüzyon ve ekimoz gözlenmesi, subkutan fluktuasyon veren kitle ve redüktabl herni saptanması tanıya yardımcıdır (3). Tanısal peritoneal lavajla ilgili literatür verisi olmamakla beraber solid organ hasarı ve içi boş organ yaralanmasının eşlik ettiği olgularda tanıya yarar sağlayabilir, ancak oluşan defektten intestinal organların inkarserasyonu olması halinde travmatik olabileceği akılda tutulmalıdır. Ultrasonografi tanıya yardımcı olmakla beraber bizim hastamızda tanısal olmamıştır (7). Abdomen BT başvuru anında sıklıkla tanısal oluşmasına rağmen ilk başvuru anında oluşmamış TADH'lerin geç dönemde ortaya çıkabileceği düşünülerek nonoperatif tedavi uygulanan hastalarda yakın klinik gözlem ve abdomen BT'lerle takip önerilmektedir (6,8).

TADH tamirinde çeşitli cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Özellikle yüksek enerjili travmalar sonucunda oluşan TADH olgularında eşlik eden organ yaralanması olasılığının yüksekliği nedeniyle eksploratif laparotomi önerilmektedir. Diyagnostik laparotomi lokal herni tamiri ve gereksiz genel abdominal eksplorasyondan kaçınmak gibi avantajları nedeniyle önerilebilir (3).

Operasyonun yapılması için uygun zamanın ne olduğuyla ilgili farklı görüşler mevcuttur. Geciktirilmiş operasyon barsak strangulasyonu, perforasyonu, sepsis ve onarım uygulanan defekte artmış gerilim gibi istenmeyen sonuçlar doğurabilir (3,7). Bununla birlikte bazı yazarlar TADH olgularında geç dönemde elektif onarımın, özellikle fokal tipte uygun olabileceğini belirtmekte ve hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda önermektedir (1,5). Herni onarımı için uygun zamanın seçilmesinde eşlik eden organ yaralanmasının varlığı veya yokluğu en önemli kriterdir (1). Erken onarım teknik olarak daha kolaydır ve basit bir debridman sonrası uygulanan primer tamirin sonuçları oldukça yüz güldürücüdür ve hemodinamik olarak stabil hastalarda uygulanabilir (1,6-8). Yüksek operatif riski bulunan bir kaç seçilmiş hastada yalnız klinik takip uygulanmış ve sorunsuz şekilde seyretmiş ise de strangulasyon ve inkarserasyon olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır (3). Sunduğumuz olguda erken dönemde uygulanan abdominal eksplorasyon ve onarı-



Resim 2. Geniş defektten herniasyon gösteren transvers kolon ve omentum.

mın büyük bir herni defekti olmasına rağmen tamir sonrası gerginlik oluşturmadığını gözlemledik. Primer tamir dışında otolog doku flepleri (kas veya fasya) veya sentetik meshler (marlex, mersilen v.b) ile onarım seçilebilecek alternatiflerdir (1,3). İnfeksiyon ve enterik fistül olasılığının yüksekliği nedeniyle içi boş organ yaralanması bulunan olgularda defektin onarımında prostetik materyallerden kaçınılması ve primer tamir yapılması önerilmektedir (1,3). Özellikle içi boş organ yaralanması eşlik etmeyen büyük herni defektlerinde veya primer tamir sonrası gerginlik oluşacağı düşünülen durumlarda mesh takviyeli onarım uygulanabilir (3).

Bizim görüşümüz TADH olgularında tedavinin erken dönemde yapılması gerektiği yönündedir. Operasyon öncesi DPL yapılarak eşlik eden intraabdominal yaralanmanın kontrol edilmesi, gerek lokal veya eksploratris bir tedavinin kararında gerekse de küçük defektli ve yandaş hastalığı olanlarda gözlem kararının verilmesinde anahtar rol oynar. Erken müdahale uygulanan olgularda primer tedavi yeterlidir.

Sonuç olarak, travmatik abdominal duvar hernisi nadir görülen ve erken müdahale edilmediğinde inkarserasyon veya eşlik eden organ yaralanması nedeniyle ciddi morbidite ve mortaliteye

sebepe olabilen bir herni tipidir. Bu nedenlerle künt karın travmalı hastalar değerlendirilirken TADH olasılığı düşünülmalıdır. TADH düşünülen olgularda abdomen ultrasonografisinin tanınasal değeri düşüktür ve bu hastalar mutlaka abdomen BT ile değerlendirilmelidir. DPL eşlik eden intraabdominal yaralanmaların tanısında ve tedavinin yönlendirilmesinde yararlıdır. Özellikle büyük defektlere, eşlik eden organ hasarının sık gözlenmesi nedeniyle erken dönemde cerrahi uygulanmalıdır. Herni defekti geniş olmasına rağmen eğer gerginlik oluşturmadan primer onarım yapılabilirse primer onarım uygun bir tedavi yöntemidir.

SUMMARY

Acute traumatic abdominal wall hernia after blunt trauma: A case report

Traumatic abdominal wall hernia is a rare condition secondary to blunt abdominal trauma in adults. We herein present a 25-year-old man with traumatic herniation through the right lateral abdominal wall following high velocity blunt abdominal trauma (he had been hit

by a forklift). Although most attention during the primary diagnostic process is directed toward the detection of internal injuries at the abdomen, blunt trauma to the abdomen may result in defects at the abdominal wall, as well. The patient underwent emergency exploratory laparotomy and, a segment of the omentum and transverse colon were found to be herniated. A primary repair was performed.

Key Words: Blunt trauma, abdominal wall, traumatic hernia

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Barış Saylam, Faruk Coşkun

Verilerin elde edilmesi:

Barış Saylam, Arife Polat Düzgün

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Barış Saylam, Mehmet Vasfi Özer

Yazının kaleme alınması:

Barış Saylam, Faruk Coşkun

İstatistiksel değerlendirme:

KAYNAKLAR

1. Bender JS, Dennis RW, Albrecht RM. Traumatic flank hernias: acute and chronic management. Am J Surg 2008; 195: 414-417. [DOI:10.1016/j.amjsurg.2007.12.004]
2. Shiomi H, Hase T, Matsuno S et al. Handlebar hernia with intra-abdominal extraluminal air presenting as a novel form traumatic abdominal wall hernia: report of a case. Surg Today 1999; 29: 1280-1284. [DOI:10.1007/BF02482224]
3. Burt BM, Afifi HY, Wantz GE, Barie PS. Traumatic lumbar hernia: Report of cases and comprehensive review of the literature. J Trauma 2004; 57: 1361-1370. [DOI:10.1097/01.TA.0000145084.25342.9D]
4. Wood RJ, Ney AL, Bubrick MP. Traumatic abdominal hernia: a case report and review of the literature. Am Surg 1988; 54: 648-651.
5. Ganchi PA, Orgill DP. Autopenetrating hernia: a novel form of traumatic abdominal wall hernia-case report and review of the literature. J Trauma 1996; 41: 1064-1066. [DOI:10.1097/00005373-199612000-00024]
6. Hickey NA, Ryan MF, Hamilton PA et al. Computed tomography of traumatic abdominal wall hernia and associated deceleration injuries. Can Assoc Radiol J 2002; 53: 153-159.
7. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Handlebar hernia: ultrasonography-aided diagnosis. Hernia 2002; 6: 36-38. [DOI:10.1007/s00464-002-8520-8]
8. Tan E Y, Kaushal S, Siow W Y, Chia K H. Traumatic abdominal wall herniation. Singapore Med J 2007; 48: 270-271.