

Künt karın travması sonucu gelişen pnömobili

The development of pneumobilia after blunt trauma

İsmail Okan¹, Servet Tali¹, Zeki Özsoy¹, Çağlar Deniz², Berat Acu², Erdiñ Yenidoğan¹, Hüseyin Ayhan Kayaoğlu¹, Mustafa Şahin¹

ÖZET

Pnömobili biliyer sistemde gaz saptanmasıdır. En sık biliyoenterik anastomozlar, safra yollarına yapılan perkütan ve endoskopik girişimler, enfeksiyon veya apse sonrası gelişir. Tedavi özellikle safra yollarına herhangi bir girişim yapılmamış hastalarda cerrahidir. Künt travma sonrası gelişen pnömobili çok nadirdir. Bu nedenle tanısını koymak ve özellikle tedavisini yönetmek cerrahlar için oldukça zordur. Burada künt travma sonrası pnömobili saptanan bir hastanın konservatif tedavisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Künt travma, pnömobili, konservatif tedavi

ABSTRACT

Pneumobilia is the detection of gas within the biliary system. It usually develops after bilioenteric anastomosis, percutaneous or endoscopic biliary interventions, infections and abscesses. The treatment is surgical, especially in cases with no prior interventions to the biliary system. The development of pneumobilia is quite rare after blunt trauma. Therefore, both the diagnosis and management are challenging for surgeons. Herein, we present the diagnosis and conservative management of a patient with pneumobilia after blunt trauma.

Keywords: Blunt trauma, pneumobilia, conservative management

GİRİŞ

Pnömobili biliyer sistemde gaz olması olarak tanımlanır. Biliyoenterik anastomozlar, perkütan (PTK) ve endoskopik (ERCP) girişimler sonrasında görülebilir (1). Safra yollarında herhangi bir girişim olmaksızın hava olması enfeksiyon veya apseyi ya da biliyoenterik sistem arasında anormal bir bağlantıyı düşündüreceği için acil tedavi gerektirebilir. Amfizematöz kolesistit ve piyojenik kolanjit enfeksiyöz pnömobili nedenleri arasında gösterilebilir (2). Künt karın travması sonucu gelişen pnömobili ise çok ender karşılaşılan bir klinik durumdur (3). Burada künt karın travması sonrası gelişen ve batin tomografisinde tespiti sonrası nonoperatif olarak tedavi ettiğimiz pnömobili olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Acil servismize 18 yaşında erkek hasta traktörden düşme ve traktörün arka tekerleğinin kalçası üzerinden geçmesi şikayetiyle başvurdu. Ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan hastanın fizik muayenesinde karında suprapubik bölgede minimal hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Pelvisin kompresyonla ağrılı olduğu tespit edildi. Çekilen batin bilgisayarlı tomografide (BT) solid veya içi boş organ yaralanması ve serbest hava olmadığı; ancak intrahepatik safra yollarında yaygın hava olduğu gözlemlendi (Resim 1a, b). Pelvis BT'sinde sakrumda, sağ asetabulumda, sağ ramus pubiste multipl fraktür ve eklemlerde diastaz saptandı. Hastanın safra kesesinde taş öyküsü yoktu. Batin BT görüntüleri ve ultrasonografisinde taş rastlanmadı. Ayrıca safra yolları cerrahi veya endoskopik girişime de maruz kalmamıştı. Hasta ortopedi kliniği tarafından ameliyata alındı. Yattığı süre içerisinde kliniğimizce takip edilen hastanın muayene ve laboratuvar bulguları normal seyretti ve cerrahi açıdan sorunsuz olarak taburcu edildi. Olgumuz postoperatif 3. ayında komplikasyonsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Pnömobili ender rastlanan bir durum olup varlığı tespit edildiğinde genellikle safra yolları ile gastrointestinal sistem arasında bir ilişki olduğu düşünülür. Bu durum çoğu kez batin içinde laparotomi endikasyonu gerektiren ciddi bir patoloji olduğu şeklinde algılanır. En sık sebebi safra taşı hastalığı ve sonrasında gelişen biliyoenterik fistül ve geçirilmiş safra yolu cerrahisidir. Literatürde safra taşına bağlı gelişen biliyoenterik fistül oranı %0,4-3,5 arasında bildirilmiş olup bu hastaların yaklaşık %50'sinde pnömobili görülebileceği belirtilmektedir (1). Pnömobili ERCP, amfizematöz kolesistit, piyojenik kolanjit ve Oddi sfinkterinin disfonksiyonu gibi diğer nedenlerle de oluşabilir. Geçirilmiş biliyer cerrahi veya biliyoenterik fistül yokluğunda pnömobilinin en sık nedeni Oddi sfinkter yetmezliğidir.

Literatürde geçirilmiş cerrahi ve biliyoenterik fistül öyküsü olmayan bir vakada ince barsak obstrüksiyonu sonucu retrograd yolla oluşan bir pnömobili vakası da bildirilmiştir (4). Künt batin travmasına bağlı pnömobili ise oldukça nadirdir (2, 5, 6). Literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir. Gering ve ark. (5) patofizyolojide artmış intraabdominal basınçla birlikte proksimal enteral anslardaki havanın retrograd

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

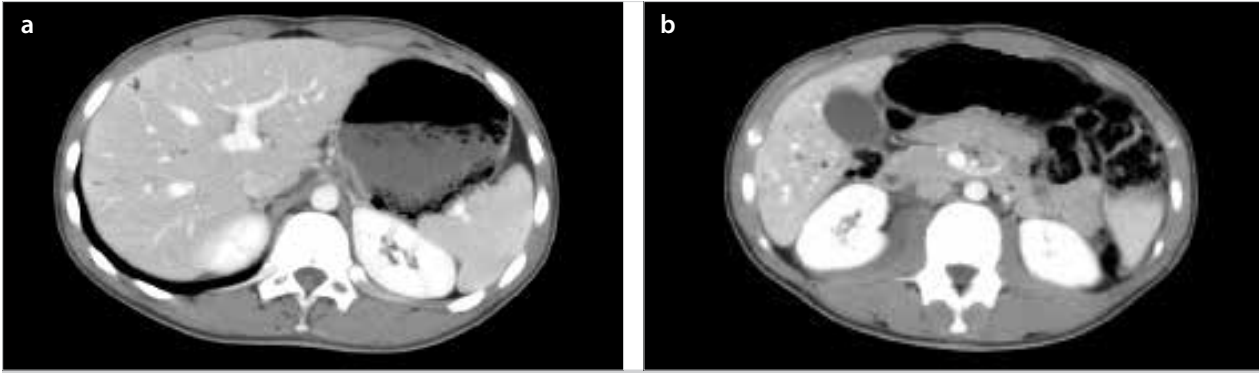
Yazışma Adresi
Address for Correspondence

Zeki Özsoy
e-posta: zekiserkanozsoy@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 05.06.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 20.09.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi / Available Online Date: 10.07.2015

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2016
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org



Resim 1a, b. İntrahepatik safra yollarında yaygın hava görünümü

olarak Oddi sfinkterine ve oradan da biliyer sisteme geçmiş olabileceğini ileri sürmektedir. Künt batın travmasının yanında Ladurner ve ark. (3). kardiopulmoner resusitasyon (CPR) sonrası pnömobili gelişen bir olgu sunmuşlardır. Bu hastada travma sonrası takip ve tedavisi yapılmakta iken aniden kardiyak arrest gelişmiş ve 3 dakika CPR yapılmıştır. Kardiyak arrest öncesi çekilen batın BT görüntülerinde pnömobili yokken CPR sonrası çekilen ikinci BT görüntülerinde pnömobili tespit edilmiştir. Bu durumun CPR esnasında artan intraabdominal basınçtan dolayı biliyer sisteme retrograd yolla hava geçmesiyle oluştuğu düşünülmüştür.

Pnömobili direk batın grafisinde görülebilir ancak BT ve manyetik rezonans görüntüleri (MRI) daha seçicidir (2, 6). Literatürde sunulan olgularda tanının BT görüntüleri ile konulduğu saptanmıştır (7, 8). Olgumuzda da batın BT görüntülerinde intrahepatik safra yollarında yaygın hava olduğu gözlenmiştir.

Vaka sayısı çok az olduğu için tedavide kesin bir öneride bulunmak çok güçtür. Literatürdeki en fazla vaka sayısına sahip olan çalışmada Barnes ve ark. (6) künt batın travması sonucu pnömobili gelişen 3 vakaya farklı yaklaşıtlarını belirtmişlerdir. İlk vakalarına pnömobili nedeniyle laparotomi yapmışlar ancak intraabdominal organların salim olduğunu saptamışlardır. İkinci vakalarına ise olası duodenal yaralanmayı ekarte etmek için duodenoskopi yapmışlar ve duodenumun normal olduğunu tespit etmişlerdir. Üçüncü vakalarını ise konservatif olarak takip etmişler ve izole pnömobiliinin konservatif olarak tedavi edilebileceği sonucuna ulaşmışlardır. Bautista ve ark. (4) yüksek dereceli proksimal ince barsak obstrüksiyonuna bağlı pnömobili gelişen olgularında bu durumun non-operatif olarak nazogastrik dekompresyonla spontan olarak gerilediğini görmüşlerdir. Hastamızda pnömobiliinin artmış karın içi basıncına bağlı retrograd olarak Oddi sfinkter disfonksiyonu sonucu geliştiğini düşünmekteyiz.

SONUÇ

Hemodinamik olarak stabil hastada gelişen, ek radyolojik veya klinik bulgu olmaksızın tespit edilen izole pnömobiliinin cerrahi gerektirmeksizin konservatif yaklaşımla tedavi edilmesi en uygun yöntem olarak görülmektedir.

Hasta Onamı: Bu olguya katılan hastadan sözlü hasta onamı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İ.O., Z.Ö., B.A.; Tasarım - S.T., Ç.D.; Denetleme - Z.Ö., E.Y.; Kaynaklar - E.Y.; Analiz ve/veya yorum - M.Ş., H.A.K.; Literatür taraması - Z.Ö., E.Y.; Yazıyı yazan - Z.Ö.; Eleştirel inceleme - M.Ş., H.A.K., İ.O.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

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

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - İ.O., Z.Ö., B.A.; Design - S.T., Ç.D.; Supervision - Z.Ö., E.Y.; Funding - E.Y.; Analysis and/or Interpretation - M.Ş., H.A.K.; Literature Review - Z.Ö., E.Y.; Writer - Z.Ö.; Critical Review - M.Ş., H.A.K., İ.O.

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. Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M. The internal biliary fistula—reappraisal of incidence, type, diagnosis and management of 33 consecutive cases. *HPB Surg* 1997; 10: 143-147. [\[CrossRef\]](#)
2. Thompson RJ, Irwin T. Pneumobilia following blunt abdominal trauma. *Ir J Med Sci* 2007; 176: 313-315. [\[CrossRef\]](#)
3. Ladurner R, Kotsianos D, Mutschler W, Mussack T. Traumatic pneumobilia after cardiopulmonary resuscitation. *Eur J Med Res* 2005; 10: 495-497.
4. Bautista JL, Budhraj MD, Barcia TD, Shankel SW. Pneumobilia associated with small-bowel obstruction. *JAMA* 1988; 260: 1930-1931. [\[CrossRef\]](#)
5. Gering SA, Foster MA, Harnisch MC, McNeil JJ. Traumatic pneumobilia: case report. *J Trauma* 2001; 51: 391-394. [\[CrossRef\]](#)
6. Barnes SL, Badrudduja M, Bernard AC, Boulanger BR. Pneumobilia after blunt trauma: a self-limited condition? *J Trauma* 2006; 60: 637-639.
7. Yıldız F, Coban S, Terzi A, Cece H, Uzunkoy A. An uncommon cause of pneumobilia: blunt abdominal trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011; 17: 363-364. [\[CrossRef\]](#)
8. Fatin RP. Trafik kazası sonrası izole pneumobilia: Olgu sunumu. *Bozok Med J* 2014; 4: 75-77.