

Olgu Sunumu

TRAVMATİK KARIN DUVARI HERNİSİ: OLGU SUNUMU

Sevcan ALKAN¹, Mehmet Ali UZUN¹, Osman YÜCEL¹, Aysun ŞİMŞEK ÇELİK¹,
Doğan ERDOĞAN¹, Çağatay TOSUN²

Özet

Travmatik karın duvarı hernisi (TKDH) künt karın travması sonucu oluşan nadir bir herni tipidir. Tanı koymadaki zorluk, eşlik edebilen organ yaralanması ve fitiklaşan bağırsağın strangulasyonu gibi sebeplerle ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilmektedir. Bu nedenle onarım zamanlaması ve uygulanacak cerrahi yöntemleri tartışmalı olan 55 yaşında bir kadın TKDH olgusu sunulmuştur. Hastada hemodinamik stabiliteyi bozmayan ve cerrahi tedavi gerektirmeyen böbrek yaralanması da saptanmış olup, klinik ve radyolojik değerlendirme ile içi boş organ yaralanması ve strangulasyon düşünülmemiştir. Hasta gereksiz acil laparatomiden kaçınılarak, elektif lokal yaklaşım ile bariyerli mesh onarımı uygulanarak tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Karın duvarı, künt travma, herni.

Traumatic abdominal wall hernia: a case report

Summary

Traumatic abdominal wall hernia (TAWH) is a rare type of hernia caused by blunt abdominal trauma. Difficulty in the diagnosis , associated organ injury and strangulation of the herniated intestine can cause severe morbidity and mortality. Therefore, the ti-

ming of repair and surgical methods are still controversial. A 55 years old woman with TAWH has been presented. The patient has also associated renal injury which caused no hemodynamic instability and required no surgical intervention. Clinical and radiological evaluation showed no hollow organ injury and strangulation. The patient was treated with elective local approach applying the barrier mesh repair while avoiding unnecessary emergency laparotomy.

Key Words: Abdominal wall, blunt trauma, hernia.

Giriş

Karın travmaları ve buna bağlı karın içi organ yaralanmaları acil servislerde sık karşılaşılan durumlardır. Travmatik karın duvarı hernisi (TKDH) ise, karın içi organ yaralanmalarına göre nadir olup, gelişmiş travma merkezlerinde bile travma hastaları arasındaki sıklığı %1'in altındadır.(1) TKDH ilk kez 1906'da Selby tarafından tanımlanmış olmakla birlikte (2), halen tanı koymada zorluk ve onarımda zamanlama ile cerrahi yöntem farklılıkları devam etmektedir. Biz bu yazıda; araç dışı trafik kazası ile künt karın travmasına bağlı gelişen ve geç dönemde elektif olarak bariyerli mesh onarımı ile tedavi edilen bir TKDH olgusunu sunduk.

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği1, Üroloji Kliniği2, İstanbul, Türkiye.
2. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul. Türkiye

Olgu

55 yaşında kadın hasta, araç çarpması ile künt uçlu sabit park direği üzerine düşme ifadesiyle acil servisimize getirildi. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, bilinç açık, koopere ve vital bulguları stabil idi. Karın muayenesinde sol üst ve alt kadranda hassasiyet ve sol üst kadranda 10 cm çaplı şişlik vardı, defans ve rebound saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri, laboratuvar tetkikleri ve akciğer grafisi normaldi. Batın ultrasonografisinde (USG); sol böbrek alt polde kontüzyon, sol üst kadranda yaklaşık 45 mm'lik karın duvarı defekti ve buradan cilt altına fıtıklaşmış barsak ansları görüldü. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT); sol böbrek üst ve alt pol korteksinde kontüzyon, alt pol komşuluğunda 3 cm çaplı hematoma ile karın duvarı sol anterolateral bölümünde yaklaşık 4 cm çaplı defekt ve buradan cilt altına fıtıklaşmış barsak ansları görüldü (Resim 1). Takibinde periton irritasyon bulguları saptanmayan ve hemodinamik parametreleri stabil olan hasta, böbrek yaralanması nedeniyle üroloji kliniği tarafından yatırılıp nonoperatif olarak tedavi edildi. TKDH için elektif herni onarımı planlanan hasta, travmadan 6 hafta sonra ameliyat edildi. Ameliyatta; herni bölgesine yapılan transvers bir insizyon ile herni kesesi bulunarak içindeki transvers kolon ansı serbestlenip herni kesesi eksize edildi ve rektus abdominis kası lateral ke-

narındaki yaklaşık 5 cm çaplı defekt ortaya kondu (Resim 2A). Defekt, intraperitoeal olarak yerleştirilen bariyerli mesh (PROCEED™) kullanılarak inlay teknik ile onarıldı (Resim 2B). Hasta postoperatif 3. gün cilt altına konan aspiratif dreni alınarak komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

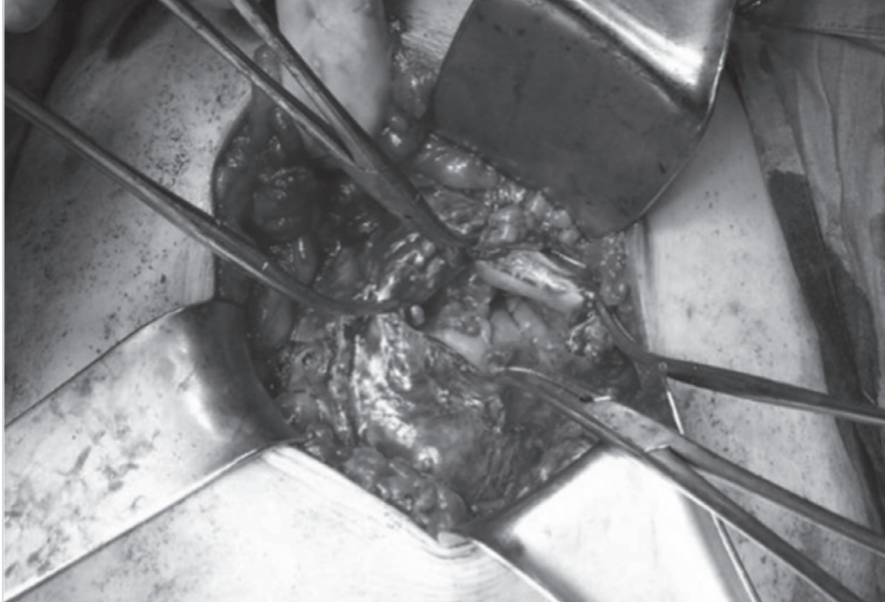
Tartışma

TKDH, genellikle karın duvarına gelen ve cildi penetre etmeye gücü yetmeyen ancak kas katlarında parçalanmaya neden olan direk darbenin etkisi ile oluşur. (3) TKDH karın duvarının herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilirken, en sık alt kadranda ve özellikle de rektus kılıfı lateralinde görülür. Bu durumun bu bölgede posterior rektus kılıfının bulunmayışı ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür¹. Bizim olgumuzda ise, herni defekti rektus kılıfı lateralinde olmakla birlikte üst kadranda olup, direk darbenin geldiği alandır ve darbenin oldukça şiddetli olduğunu düşündürmektedir.

Travma hastalarında dikkatli ve ayrıntılı bir muayene yapılmaz ise TKDH tanısı gözden kaçabilir. Bazı olgularda travma sonrası ağrıya bağlı gelişen kas spazmı defekti maskeleyebilmektedir⁴. TKDH defekti, 11 olguluk bir seride sadece 6 olguda (%54.5) fizik muayene ile saptanabilmiştir¹. Bizim olgumuzda ağrılı, hassas şişliğin olduğu alan dikkati



Resim 1: Batın BT; karın duvarı sol anterolateral bölümünde defekt ve buradan fıtıklaşmış barsak ansları.



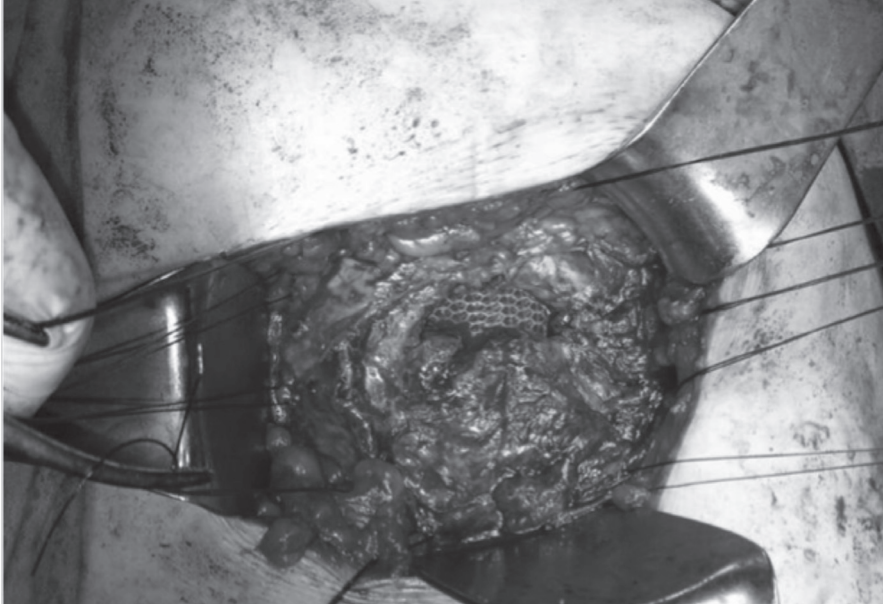
Resim 2A: Karın duvarındaki defektin diseksiyonu sonrası ameliyat görüntüsü.

çekmiş ancak yapılan USG ve BT tetkikleri ile tanı kesinleştirilebilmiştir. USG ve özellikle de BT, herni defekti ile defekten fıtıklaşan organ ve yapılar hakkında bilgi verirken, eşlik eden yaralanmalarında tespit edilmesini sağlayabilir⁵. TKDH olgularına %30-40 oranında karın içi diğer organ yaralanmalarının (ince bağırsak, kolon, mide, karaciğer, dalak ve böbrek gibi) eşlik ettiği bildirilmiştir⁶. Tedavinin planlamasında eşlik eden yaralanma en önemli kriterdir. Bu yüzden klinik değerlendirmeye ek olarak tüm olgularda batın BT tetkiki önerilmektedir⁵. Bizim olgumuzda da eşlik eden böbrek yaralanması tespit edilmiş olmakla birlikte, hemodinamik stabilitesi bozulmamış ve cerrahi müdahale gerektirmemiştir.

TKDH onarımında çeşitli cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Özellikle yüksek enerjili travmalarda eşlik eden organ yaralanması olasılığının yüksekliği nedeniyle eksploratif laparotomi ya da diyagnostik laparoskopisi önerilmiştir⁷. Ameliyat zamanlaması için erken onarımı öneren yazarlar, eşlik eden organ yaralanmasının varlığını en önemli kriter olarak ele alırken, geciktirilmiş operasyonun barsak strangulasyonu, perforasyonu, sepsis ve onarım uygulanan defekte artmış gerilim gibi istenmeyen sonuçları olabileceğine de dikkat çekmektedir. Erken onarım teknik olarak daha kolay olup basit bir debridman sonrası uygulanan primer tamirin sonuçları oldukça iyi bulunmuştur. Onarımda otolog doku flepleri (kas veya fasya) veya sentetik meshler de kullanılabilir. İnfeksiyon ve enterik fistül olasılığının yüksekliği nedeniyle içi

boş organ yaralanması bulunan olgularda prostetik materyallerden kaçınılması ve primer tamir yapılması önerilmektedir. Özellikle içi boş organ yaralanması eşlik etmeyen büyük herni defektlerinde veya primer tamir ile gerginlik oluşacağı düşünülen durumlarda mesh ile onarım uygulanabilir. Geç dönemde elektif onarım ise özellikle fokal tipte, içi boş organ yaralanması ve herni içerisinde strangulasyon düşünülmeyen olgularda uygun olabilir⁸. Bizim olgumuzda saptanan böbrek yaralanması hemodinamik stabiliteyi bozmayıp acil cerrahi müdahale gerektirmedi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularının takibi içi boş organ yaralanması ve herni içerisinde strangulasyon düşündürmeyen hasta, elektif onarım için uygun bulundu. Hastada gereksiz acil laparatomiden kaçınarak, elektif lokal yaklaşımla TKDH bariyerli mesh ile onarıldı.

Sonuç olarak, TKDH eşlik eden organ yaralanması, bağırsak strangulasyonu ve sepsis nedeniyle ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen nadir bir herni tipidir. TKDH düşünülen olgularda; gerek tanının konulması gerekse eşlik eden organ yaralanması ve fıtıklaşan bağırsaklarda olabilecek strangulasyon veya yaralanmanın tespit edilebilmesi için klinik ve özellikle batın BT ile radyolojik değerlendirme önemlidir. İçi boş organ yaralanması ve strangulasyon düşünülmeyen ve solid organ yaralanması hemodinamik stabilitesini bozmayan olgularda geç dönemde elektif lokal yaklaşımla bariyerli mesh onarımı uygun bir tedavi yöntemi olabilir.



Resim 2B: Bariyerli mesh'in, intraperitoeal olarak defekte yerleştirilip dikişler ile tespit edilmesi.

Kaynaklar:

1. Gupta S, Dalal U, Sharma R, et al. Traumatic abdominal wall hernia. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011; 17: 493.
2. Selby CD. Direct abdominal hernia of traumatic origin. JAMA 1906; 47: 1485.
3. Guly HR, Stewart IP. Traumatic hernia. J Trauma 1983; 23: 250.
4. Uzunoğlu Y, Altıntoprak F, Dikicier E, ve ark. Travmatik abdominal duvar hernisi: 3 olgu sunumu. Cerrahi Sanatlar Dergisi 2014; 7: 84.
5. Uzun MA, Köksal N, Onur E, et al. Traumatic lumbar hernia. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2008; 14: 253.
6. Drago SP, Nuzzo M, Grassi GB. Traumatic ventral hernia: report of a case, with special reference to surgical treatment. Surg Today 1999; 29: 1111.
7. Shiomi H, Hase T, Matsuno S, et al. Handlebar hernia with intra-abdominal extraluminal air presenting as a novel form of traumatic abdominal wall hernia: report of a case. Surg Today 1999; 29: 1280.
8. Saylam B, Polat Düzgün A, Özer MV, Coşkun F. Künt travma sonrası oluşan akut travmatik abdominal duvar hernisi: Olgu sunumu. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27: 43.