

Eski travmatik hemotamdan kaynaklanan intramezenterik kiste sekonder kronik duodenal daralma ve periduodenal fibroz: olgu sunumu

Chronic duodenal stenosis and periduodenal fibrosis secondary to a intramesenteric cyst arising from an old traumatic hematoma: a case report

Taşkın ALTAY

Travma sonrası mezenterik fibroza bağlı olarak 8 yıl sonra gelişen duodenal tıkanma olgusu sunuldu. Elli yaşında erkek hasta bulantı kusma şikayetleri ile yatırıldı. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide karın içinde kistik kitle gözlemlendi. Gastroduodenoskopide; duodenumun dıştan basıya bağlı olarak tıkanıldığı izlendi. Laparatomide duodenumun intra mezenterik travmatik kiste bağlı fibroz nedeniyle tıkanıldığı görüldü. Kist duvarı açıldıktan sonra Roux-en-Y duodenojejunostomi yapıldı. Erken dönemde ve 4 ay sonraki kontrolünde hastanın iyi olduğu gözlemlendi.

Anahtar sözcükler: Travmatik hematoma, intramezenterik kist, periduodenal fibroz

A case of mesenteric fibrosis secondary to post-traumatic mesenteric hematoma, resulting in duodenal stenosis eight years after the traumatic event is presented. A 50 year-old man was hospitalized with nausea and vomiting. An intraabdominal cystic mass was seen in abdominal ultrasonography and CT. Duodenum was found to be obstructed due to extrinsic compression in upper endoscopy. At laparotomy there was an intramesenteric traumatic cyst and fibrosis around the duodenum resulting in duodenal obstruction. After the cyst was unroofed a Roux-en-Y duodenojejunostomy was performed. Both early and late (after 4 months) follow-up results were excellent.

Key words: Traumatic hematoma, intramesenteric cyst, periduodenal fibrosis

OLGU SUNUMU

Elli yaşında erkek hasta (K.T., Protokol no: 372720), 20 gündür karın ağrısı, özellikle yemeklerden sonra gelen bulantı ve kusma yakınmalarıyla başvurdu. Olgu 8 yıl önce karnına künt bir travmaya maruz kalmış ancak herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Fizik muayenede genel durum iyi, yaşamsal fonksiyonları normaldi. Karında epigastrik bölgede hassasiyet ve orta hatta göbek üstünde sert, fikse, 3x5 cm ebadında kitle vardı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Karın ultrasonografisinde; umblikusun hemen süperiorunda, abdominal aorta anteriorunda, ince bağırsak duvarından sınırları net olarak ayırt edilemeyen, bağırsağı an-

teriordan saran yaklaşık 7x7x2,5 cm boyutlu hi-poekoik kitle lezyonu izlendi. Karın tomografisinde; mide kapasitesi belirgin artmış idi. Duodenumun 3. kısma kadar belirgin dilate olduğu ve bu düzeyde duodenum distal kesimine bası yapan en büyüğü 6x3 cm. boyutunda olan birkaç adet hipodens kistik oluşumlar gözlemlendi (Resim 1). Özofagogastroduodenoskopide; II derece özofajit, eritematöz gastrit, bulbit ve duodenum 2. segment distalinde dış basıya bağlı daralma tespit edildi.

Hasta duodenuma dıştan bası yapan intraabdominal kitle ön tanısıyla elektif olarak ameliyata alındı. Genel anestezi altında orta hat kesisiyle laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda ince bağırsak mezenter kökünde yerleşmiş, duodenum 4.

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Cerrahi Kliniği

S.B. Tepecik Research and Training Hospital
Surgical Clinic

İLETİŞİM (Correspondence): Taşkın Altay, 1399 No. 15, D. 1 35220 Alsancak Konak/İzmir
Tel: 0232-4643139 0532-2457729 e-mail: altayt@ttnet.net.tr faks: 0232 4330756



Resim 1. Duodenum 3. kısma bası yapmış kistik kitlenin karın tomografisindeki görünümü.

kısma komşu, fibrotik kapsülle çevrili 6_5_4 cm kistik oluşum saptandı. Fibrotik doku mezenter kökünde, arteria-vena mezenterika süperior boyunca yukarı devam ediyordu. Duodenum 4. kısmı da fibroz nedeniyle halka şeklinde daralmıştı. Kistin tümüyle çıkarılması, yaygın fibroz nedeniyle olası değildi. Kist ön duvarından açılıp boşaltıldı ve duvarından donuk kesit için bir parça doku alındı. Kistin içinden boşaltılan materyal, beklemiş hematoma niteliğinde idi. Kist duvarının donuk kesit tanısı kötücül değildi. Kistin boşaltılması sonrasında, duodenumdaki daralmanın ortadan kalkmadığı tespit edildi. Bunun üzerine hastaya Roux-en-Y duodenojejunostomi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Hastaya postoperatif 3. gün oral besleme başlandı ve 8. gün hasta şifa ile taburcu edildi. Kist duvarının histopatolojisinde kist duvarı ile uyumlu bulgular mevcuttu ve çevre lenf düğümünün reaktif olduğu rapor edildi. Dördüncü ayda yapılan kontrolden, hastanın semptomsuz olarak hayatını sürdürdüğü belirlendi.

TARTIŞMA

Künt karın travmasına bağlı duodenal obstrüksiyon nadir olmakla birlikte nedenleri arasında intramural hematoma rölaf olarak daha sık gözlenmektedir. İntramural hematoma bağlı duodenal obstrüksiyon travmanın akut döneminde gözlenir ve sıklıkla tedavisi konservatif yaklaşımla gerçekleştirilir.^[1] Travma sonrası geç dönemde

gelişen duodenal obstrüksiyon ise oldukça nadirdir. Literatürdeki ulaşılabildiğimiz tek olguyu Giubilei ve ark.^[1] sunmuştur. Bu olgu da, post travmatik retroperitoneal hematoma sekonder 6 yıl sonra gelişen fibrozun neden olduğu duodenal tıkanmadır. Olgumuzda duodenum obstrüksiyonunun nedeni, mezenterdeki duodenum basısından çok kistten başlayıp mezenter kökünü tutan ve duodenumu saran fibrozistir. Literatürde fibrozun etyolojisini açıklayan bilgi yoktur.^[1] Ancak retroperitoneal fibrozlu olgularda, etiyolojide ergo alkoloidleri ve metisergid kullanımı, malignensi, travma, infeksiyon, radyasyon ve abdominal aorta anevrizması suçlanmaktadır.^[2,3,4] Olgumuzda etyolojik faktör olarak yalnızca travma hikayesi vardı. Bu tür olgularda, tüm mide çıkış tıkanma sendromlu olgularda olduğu gibi, tanıda tıkanma nedenini ortaya koymada mide duodenum grafisi ve gastroduodenoskopi faydalı olur. Karın içinde kist/kitle bulunan olgularda karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi kitlenin lokalizasyonu ve çevre organlarla ilişkisini gösterir.^[5]

Duodenuma basıyı ortadan kaldırmak için, mümkünse kitlenin total veya kısmi eksizyonu tedavide yeterli olabilmektedir.^[1] Ancak olgumuzda kitle basısının ortadan kaldırılmasına rağmen duodenal obstrüksiyon devam ettiği için baypas prosedürü uygulandı. Baypas prosedürleri için duodenojejunostomi veya gastroenterostomi seçenekleri vardır. Olgumuzda daralma duodenumun 4. segmentinde olduğu için, Roux-en-Y duodenojejunostomi yaparak, gastroenterostomili vagotomi gerekliliğinden ve vagotominin hastaya getireceği olumsuzluklardan korumayı amaç edindik. Çeşitli çalışmalarda uygun olgularda duodenojejunostominin gastroenterostomiye göre daha fonksiyonel olduğu gösterilmiştir.^[6,7]

Sonuç olarak travmatik kronik duodenal obstrüksiyon nadir görülen bir durumdur. Kronik basının tamamen ortadan kaldırılamadığı, duodenum distal segmentini ilgilendiren daralmalarda duodenojejunostominin iyi bir tercih olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Giubilei D, Cicia S, Mascioli G, Nardis P. Duodenal stenosis from retroperitoneal fibrosis secondary to traumatic retroperitoneal hematoma: a case report. *Ital J Surg Sci.* 1983;13(4):293-8
2. Jun BM, Lee EY, Yoon YJ, Kim EK, Ahn MS, Lee CK, Cho YS, Yoo B, Moon HB. Retroperitoneal fibrosis with

- duodenal stenosis. J Korean Med Sci. 2001;16:371-4
3. Keith DS, Larson TS. Idiopathic retroperitoneal fibrosis. J Am Soc Nephrol. 1993;3:1748-52.
 4. Koep L, Zuidema GD. The clinical significance of retroperitoneal fibrosis. Surgery. 1977;81:250-7.
 5. Roza LM, Antonio SH, Yolanda Del VS, Antonio AL. Sonografik diagnosis of intramural duodenal hematomas. Journal of Clinical Ultrasound. 1999;27(4):213-6.
 6. Kurygin AA, Serova LS, Kurygin AA. Chronic duodenostasis resulting from a mechanical obstacle in the area of Treitz's ligament. Vestn Khir Im I I Grek. 1998;157(5):29-32.
 7. Dudenko FI, Pliashkevich AV, Zuev AS, Alibegov RA Results of the surgical treatment of patients with chronic duodenal obstruction Klin Khir. 1989; 8:28-30.

