

Künt abdominal travmaya bağlı gelişen post-travmatik duodenal intramural hematoma: Olgu sunumu

Batuhan Hazer (*), Alpaslan Tanoglu (**), Onur Peşluk (***), Ayhan İnanlı (****)

ÖZET

Duodenal İntramural hematoma (DİH); künt abdominal travma sonrası sağlıklı yetişkinlerde oldukça nadir gözlenen, kolaylıkla gözden kaçabilen bir komplikasyondur ve genellikle konservatif yaklaşımlarla tedavi edilmektedir. Bu posttravmatik komplikasyon, kanama bozukluğu olan bireylerde minör travma sonrasında bile gelişebilir. Duodenal intramural hematomun erken ve doğru bir şekilde tanısını konmasında ilk ve önemli basamak bu komplikasyondan şüphelenmektir. Bu olgu sunumunda, künt abdominal travma sonrası 6. günde gastrointestinal obstrüksiyon kliniği ile acil servise başvuran ve duodenal intramural hematoma tanısı konulan 20 yaşındaki bir erkek olgu bildirilmiştir. Hasta konservatif yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavi edilmiş ve sağlıklı bir şekilde 14 gün sonra hastaneden taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Post-Travmatik; Duodenal İntramural Hematom; Künt Abdominal Travma

SUMMARY

Posttravmatik Duodenal İntramural Hematom

Intramural duodenal haematoma (IDH) is a very rare seen complication of healthy adults after blunt abdominal trauma which can be easily overlooked and usually treated with conservative approaches. Intramural duodenal haematoma's are most often treated non-operatively. This post-traumatic complication may occur in cases with bleeding disorders even after minor traumas. The first and most important step in the diagnosis of intramural duodenal haematoma is suspicion of this complication. In this case report, a 20-year-old male subject who was admitted to emergency service with symptoms of gastrointestinal obstruction on 6th day after blunt abdominal trauma and diagnosed as intramural duodenal haematoma. The patient was treated successfully with conservative methods and discharged 14 days later in healthy condition.

Key words: Post-Traumatic; Intramural Duodenal Hematoma; Blunt Abdominal Trauma

Giriş

Duodenal intramural hematoma; sağlıklı erişkin bireylerde oldukça nadir görülen bir durumdur. Künt abdominal travma bu klinik duruma yol açan en önemli nedenlerden biridir. Çocuk olgularda, özellikle kas yapısının daha da zayıf olması nedeniyle künt travmalar sonrasında erişkinlere göre daha fazla oranda duodenal intramural hematoma gelişmektedir (1,2). Endoskopik duodenal girişimler diğer önemli bir neden olmakla birlikte, antikoagülan ilaç kullanan, kanama diyatezi olan olgularda minör travmayla bile duodenal intramural hematoma gelişebileceği bildirilmiştir (3). Bu komplikasyon kolaylıkla gözden kaçırılabilir ve sonrasında ciddi klinik tablolarla hastalar sağlık merkezlerine başvurabileceği için, en önemli basamak major travmalı olgularda özellikle de travma sonrası klinik tablosu ağır seyreden olgularda bu komplikasyondan şüphelenmektir. Geçmişte cerrahi tedaviler bu komplikasyonun tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktaydı. Ancak son yıllarda total parenteral nütrisyondan yaygın ve güvenli bir şekilde kullanıma girmesiyle konservatif yaklaşımlar duodenal intramural hematoma tedavisinde önceliği almaya başlamıştır (4-8). Konservatif yaklaşımlara artan eğilime rağmen, bazı nadir olguların tedavisinde laparoskopik cerrahi girişim gibi yeni teknikler de kullanılmaktadır (3,8).

Bu vaka sunumunda, künt abdominal travma sonrası 6. günde acil servise gastrointestinal obstrüksiyon bulgularıyla başvuran ve yapılan tetkikler sonrasında duodenal intramural hematoma tanısı konan 20 yaşında bir erkek olgu bildirilmiştir.

Olgu Sunumu

20 yaşında erkek hasta, araçtan düşme sonrası acil servise başvurdu. Hasta acil servise başvurduğunda şuuru açık, koopere ve oryente idi. Kan basıncı ölçümü 120/85 mmHg, nabız 96/dakika ritmik, ateşi 37.2 C idi. Hastanın 108 geçmişinde bilinen bir hastalık anamnezi mevcut değildi. Hemodinamik olarak stabil olan hastanın inspeksiyonda sağ lomber bölgede abrazyon dışında patoloji yoktu. Toraks ve batin muayenelelerinde patoloji tespit edilmeyen hastanın batin muayenesinde peritoneal irritasyon bulgusu da saptanmadı. Yapılan tam kan ve rutin kan tetkiklerinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Tüm abdominal ultrasonografisinde (USG) batin içi solid organ yaranması ya da serbest sıvı saptanmayan hasta tavsiyelerle taburcu edildi.

Hasta taburcu edildikten 6 gün sonra, karın ağrısı ve safralı kusma şikayetiyle tekrar acil servise başvurdu. Kan basıncı 140/80 mmHg, nabız 100/dk ve ateş 37.5 C idi. Fizik muayenede; batin distandü ve palpasyonla hassas idi, istemli defans mevcuttu ancak rebound tespit edilmedi. Hemogram ve rutin kan tetkiklerinde patoloji tespit edilmedi. Yakın zamanda travma hikayesi olan hastanın teşhisini koyabilmek için batin

* Kasımpaşa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul.

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Gastroenteroloji Servisi, İstanbul.

*** Nişantaşı Hospital, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul.

**** İzmir Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İzmir

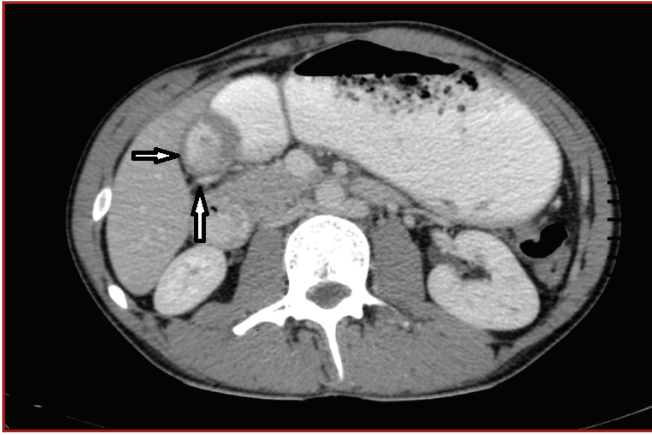
Ayrı Basım İsteği: Alpaslan Tanoglu

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Gastroenteroloji Servisi, İstanbul.

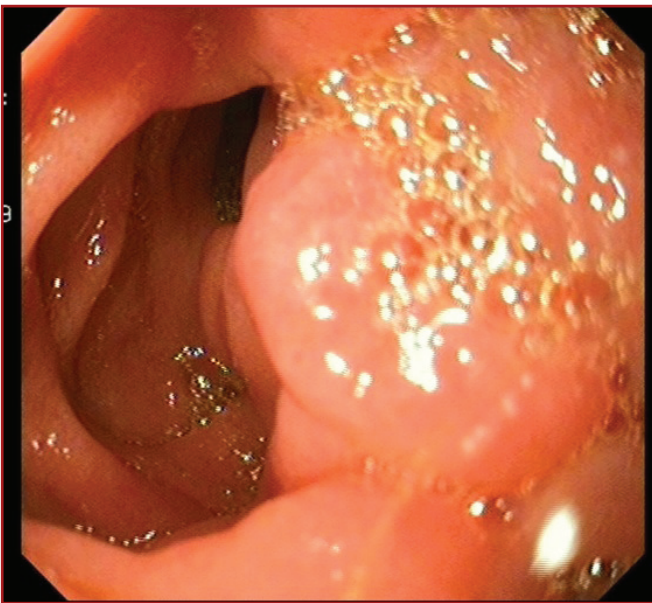
e-mail: alpaslantanoglu@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: Jan 30, 2014 • Kabul Tarihi: May 21, 2014 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Aralık 2015

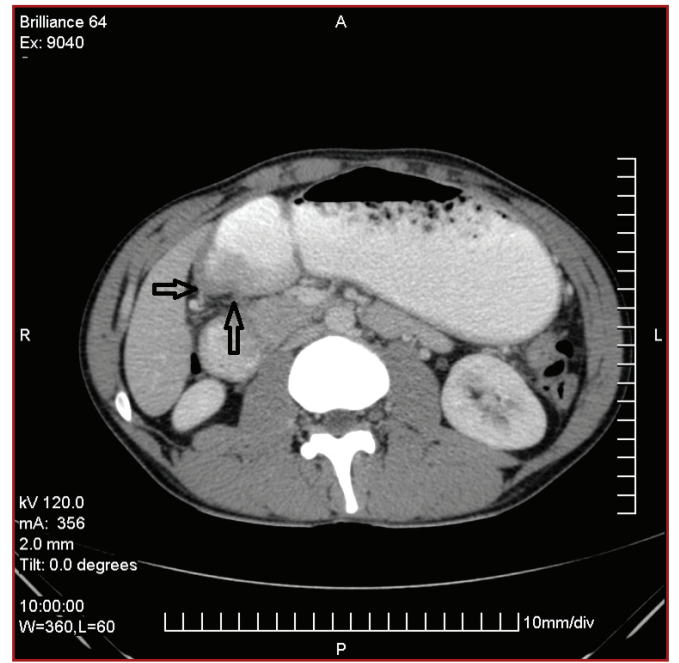
tomografisi çekilmesine karar verildi. Çekilen batın bilgisayarlı tomografisi (BT); duodenum 2-3. kıta düzeyinde intestinal duvar içerisinde 4x5 cm boyutlarında lümeninde belirgin daralmaya yol açan düzgün sınırlı kistik/semisolid kitlesel lezyon varlığı şeklinde rapor edildi (Şekil 1). Tomografik incelemede, kontrast madde ekstrasvasyonu ve batın içi serbest hava görülmedi. Yapılan özofagogastroduodenoskopide duodenum 2. kıtada, Ampulla Vateri'nin hemen distalinde üzeri ödemli mukoza ile kaplı, lümeni 2/3'ten fazla daraltan, submukozal kitle izlenimi veren görünüm izlendi (Şekil 2). Batın tomografisi ve özofagogastroduodenoskopik bulgular eşliğinde 'Duodenal İntramural Hematom' tanısı kondu. Konservatif yaklaşıma karar verilen hastaya, tekrarlayan safralı kusma nedeniyle nazogastrik tüp takıldı ve intravenöz sıvı tedavisi, total parenteral nütrisyon (TPN) başlandı. Genel durumu düzelen ve yakınmaları geçen hastanın yatışının 8. gününde nazogastrik tüp çekildi ve enteral sulu-yumuşak gıda almasına izin verildi. Enteral beslenmeyi tolere eden ve yakınması kalmayan hasta 14. gününde kontrole çağrılarak taburcu edildi. Tanı konulduktan sonra 90. günde çekilen kontrol batın tomografisinde hematomun %80 oranında rezorbe olduğu görüldü (Şekil 3).



Resim 1. Bigisayarlı batın tomoğrafisi kesit görüntüsü. Duodenum 2-3. kıta düzeyinde intestinal duvar içerisinde 4x5 cm boyutlarında lümeninde belirgin daralmaya yol açan düzgün sınırlı kistik/semisolid kitlesel lezyon.



Resim 2. Özofagogastroduodenoskopide duodenum 2. kıtada, Ampulla Vateri'nin hemen distalinde üzeri ödemli mukoza ile kaplı, lümeni 2/3'ten fazla daraltan, submukozal kitle izlenimi veren görünüm.



Resim 23. Tanı konulup ve tedavi uygulandıktan sonra 90. günde çekilen kontrol batın tomografisinde hematomun %80 oranında rezorbe olduğu görülmüyor.

Tartışma

Duodenal intramural hematom; erişkin bireylerde oldukça nadir görülen bir durumdur ve künt abdominal travma bu klinik duruma yol açan en önemli nedenlerden biridir. Bu hayati sonuçlar doğurabilecek klinik duruma spesifik muayene bulguları ve laboratuvar teknikler olmadığı ve çoğunlukla da hematoma bağlı klinik bulgular geç olduğu için vakalar kolaylıkla gözden kaçırılmaktadır. Bu nedenle; künt abdominal travma ile sağlık kuruluşlarına başvuran olgularda, travmaya bağlı doku hasarının net bir şekilde ortaya konup, cerrahi ya da konservatif tedavi yöntemlerinin seçilebilmesi için iyi bir anamnez ve fizik muayene sonrası gelişmiş görüntüleme yöntemleriyle değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (9-10). Bu vakaların değerlendirilmesinde kullanılan ayakta direk batın grafisi ve duodenografi; hematom gelişimi ve perforasyon gibi komplikasyonların tespitinde ilk basamak olarak uygulanabilecek tanı testi gibi görünmekle birlikte, düşük duyarlılık ve düşük özgüllük oranları nedeniyle günümüzde tanıya ulaşmak açısından değeri düşük testlerdir (11). Künt travmalarda, hematom ve perforasyon gibi komplikasyonları göstermede bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi yaygın kullanılan ve tanı değeri yüksek olan gelişmiş tanı araçlarıdır. Bilgisayarlı tomografide hematomlar; kontrast madde enjeksiyonu sonrası hiperdens bir görünüme sahip olmaları ile tanınmaktadır (9). Deneyimli bir radyolog tarafından yapılan ultrasonografik inceleme de, künt travma sonrası komplikasyonlar açısından değerli bilgiler verebilmektedirler (12). Öte yandan, intramural duodenal hematom tanısında manyetik rezonans (MR) görüntülemenin de tanısıl açıdan oldukça değerli olduğunu bildiren yayınlar olsa da (13); MR görüntülemenin pahalı bir yöntem olması ve acil sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında BT ve USG kadar yaygın bulunmaması nedeni sıklıkla tercih edilen bir görüntüleme yöntemi değildir. BT ve USG'nin bir diğer avantajlı yönü de; konservatif davranılan hastalarda intramural duodenal hematomun takibinde kullanılabilir yöntemler olmalarıdır (12-13).

Günümüzde, birçok otorite tarafından künt travma sonrası gelişen intramural duodenal hematom vakalarında; aktif kanama ve organ perforasyonu gibi acil laparotomi gerektiren du-

rumlar olmadıkça konservatif yöntemlerle takip önerilmektedir. Çoğu vakanın ilk iki hafta içinde rezorbe olduğu göz önüne alındığında bu vakalarda konservatif yaklaşımlarda bulunmak daha akılcı gibi durmaktadır (5). Konservatif yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda invazif ve/veya cerrahi girişimler düşünülmelidir. Bu gibi durumlarda; öncelikli olarak minimal invazif yöntemler olarak USG ya da BT rehberliğinde hematoma drenajı tavsiye edilmektedir (6-7). Literatürde intramural duodenal hematomun başarılı bir şekilde laparoskopik yöntemle tedavi edildiğini bildiren yayınlar da mevcuttur (3). Bizim vakamızda ise, başlangıçta parsiyel intestinal obstrüksiyon bulguları olmasına rağmen; nazogastrik tüp takılması, intravenöz sıvı replasmanı, TPN ile beslenme ve semptomatik tedavilerle hastamıza konservatif yaklaşımda bulunulmuş ve hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak; künt abdominal travma sonrası acil servise başvuran vakaların detaylı bir şekilde anamnezi alınıp detaylı bir fizik muayeneden geçirilmesi, vakaların klinik durumlarına göre ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulması, bu vakaların yine klinik durumlarına göre gözlem altında tutulması yada sık poliklinik kontrollerine çağırılması komplikasyonların tespiti yönünden büyük önem taşımaktadır. Bulantı, kusma, epigastrik ağrı, palpasyonla epigastrik kitle tespitinde hematoma ve diğer komplikasyonlar açısından hekimler uyanık olması gerektiği gibi, bu bulgular açısından da kontrole gelmek üzere evlerine gönderilen hastalar mutlaka ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidirler. İntramural duodenal hematoma vakalarında; aktif kanama ve intestinal perforasyon gibi acil cerrahi durumlar haricinde konservatif davranılmalı, müdahale gereken durumlarda öncelikle minimal invazif işlemler tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Kocaoğlu M, Ors F, Bulakbaşı N, Uçöz T, Ateş Y. Duodenal intramural hematoma due to blunt abdominal trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2005 Apr;11(2):165-8.
2. Jewett TC, Caldarola V, Karp MP, et al: Intramural haematoma of the duodenum. *Arch Surg* 1988, 123:54-58.
3. Nolan JG, Bendinelli C, Gani J Laparoscopic drainage of an intramural duodenal haematoma: a novel technique and review of the literature. *World J Emerg Surg.* 2011 Dec 20;6(1):42
4. Cogbill TH, Moore EE, Feliciano DV, et al: Conservative management of duodenal trauma: a multicentre perspective. *J Trauma* 1990, 30(12):1469-1475.
5. Czyrko C, Weltz CR, Markowitz RI, O'Neill JA: Blunt abdominal trauma resulting in intestinal obstruction: When to operate? *J Trauma* 1990, 30(12):1567-1571.
6. Hanish SI, Pappas TN: CT guided drainage of a duodenal haematoma after trauma. *J Trauma* 2007, 63:E10-E12.
7. Lloyd GM, Sutton CD, Marshall LJ, et al: Case of duodenal haematoma treated with ultrasound guided drainage. *ANZ J Surg* 2004, 74:500-501.
8. Banieghbal B, Vermaak C, Beale P: Laparoscopic drainage of a posttraumatic intramural duodenal haematoma in a child. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques* 2008, 18:469-472.
9. Kunin JR, Korobkin M, Ellis JH, et al. Duodenal injuries caused by blunt abdominal trauma: value of CT in differentiating perforation from hematoma. *AJR.* 1993; 160: 1221-1223.
10. Butela ST, Federle MP, Chang PJ, et al. Performance of CT in detection of bowel injury. *AJR.* 2001; 176: 129-135.
11. Timaran CH, Daley BJ, Enderson BL. Role of duodenography in the diagnosis of blunt duodenal injuries. *J Trauma.* 2001; 51: 648-651.
12. Chao HC, Kong MS. Sonographic diagnosis of mesenteric hematoma. *J Clin Ultrasound.* 1999;27: 284-286.
13. Martin B, Mulopulos GP, Butler HE. MR imaging of intramural duodenal hematoma. *J Comput Assist Tomogr.* 1986; 10: 1042-1043.