

TRAUMATIC ABDOMINAL WALL HERNIA; REPORT OF 3 CASES

Travmatik abdominal duvar hernisi; 3 olgu sunumu

Yener Uzunoglu¹, Fatih Altintoprak², Enis Dikicier¹, Yusuf Arslan¹, Yasemin Gunduz³ ve Fehmi Celebi²

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD¹
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD² ve Radyoloji ABD³ Sakarya, Türkiye

Yazışma adresi: Dr. Fatih Altintoprak, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Sakarya, Türkiye fatihaltintoprak@yahoo.com

Cer San D (J Surg Arts), 2014;7(2):84-86. <http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2014.155>

ABSTRACT

Traumatic abdominal wall hernia is a rare type of traumatic injury and its observed in less than 1% of all trauma cases. In daily practice, it is a kind of injury that generally not be considered in the initial evaluation of trauma patients. In this paper, 3 traumatic abdominal wall hernia patients who were not treated by emergency surgery have been presented, and current literature is reviewed.

Key words: Trauma, abdominal wall hernia, traumatic hernia.

ÖZET

Travmatik abdominal duvar hernisi nadir görülen bir yaralanma türüdür ve tüm travma olgularının %1'inden azını oluşturur. Güncel pratikte travma hastalarının ilk değerlendirme aşamasında genellikle akla getirilmeyen bir yaralanma türüdür. Bu yazıda künt karın travması sonrası oluşan ve acil cerrahi girişim uygulanmayan üç travmatik abdominal duvar hernisi olgusu eşliğinde güncel literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Travma, abdominal duvar hernisi, travmatik herni.

GİRİŞ

Künt abdominal travmalar ve travmatik intra-abdominal organ yaralanmaları acil servislerde sık karşılaşılan durumlardır. Künt abdominal travma sonrası abdominal duvar hernisi ise travmaya bağlı olarak gelişen nadir bir yaralanma türüdür. Tanısı fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile koyulmakta, tedavi yöntemleri ise karın duvarındaki defektin büyüklüğüne ve herniye olan abdominal komponentin içeriğine göre değişmektedir (1). Bu yazıda künt karın travması sonrası oluşan ve acil cerrahi girişim uygulanmayan üç travmatik abdominal duvar hernisi olgusu sunulmaktadır.

Olgu 1

Otuz yaşında erkek hasta 1 saat önce gerçekleşen motorsiklet kazası nedeniyle acil sevice getirildi. Başvuru anında takipnesi (27/dk) olan hastanın hemodinamik parametreleri normaldi (TA:130/80 mm/hg,

NDS: 87/dk , satürasyon: %93). Fizik muayenesinde; karın sol alt kadranda-crista iliaca seviyesinden sol lomber bölgeye uzanan 20x15 cm boyutlarında hematoma alanı olduğu belirlendi. Karın muayenesinde periton irritasyon bulguları saptanmadı. Hematom lokalizasyonunda karın duvarında yaklaşık 6x5 cm boyutlarında defekt olduğu ve bu defekt alanından intraabdominal bir organın herniye olduğu palpe edildi. Rektal kontrastlı torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; sol hemitoraksta multipl kot fraktürleri ve hemopnömotoraks gözlemlendi. Karın sol alt kadranda defektten kolon segmentinin herniye olduğu ve kolondan kontrast kaçağı olmadığı belirlendi (Resim 1,2). Hastaya sol kapalı toraks drenajı uygulandı. Takiplerinde hemodinamik olarak stabil seyreden ve tekrarlayan karın muayenelerinde periton irritasyon bulgularına rastlanmayan hastanın tüp torakostomisi 5 gün sonra çıkartıldı. Hasta elektif

abdominal duvar herniorafi planlanarak sorunsuz taburcu edildi



Resim 1-2: Rektal kontrastlı abdominal BT; karın sol alt kadranda karın duvarında defekt ve bu defektten herniye olmuş kolon segmenti (ok) (Üst: aksiyal, Alt: koronal).

Olgu 2

Elli yedi yaşında erkek hasta karın cildinde morarma şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda, crista iliaca'nın üzerinden başlayıp lomber bölgeye uzanan 18x12 cm'lik alanda organize hematoma-ekimoz (Resim 3) ve bu lokalizasyonda karın duvarında 4x4 cm boyutunda defekt olduğu, defektten herniasyon olmadığı belirlendi. Hastanın hikayesinden 11 gün önce araç dışı trafik kazası nedeniyle dış bir merkeze başvurduğu ve sağ hemitoraksta multipl kot fraktürü nedeniyle göğüs cerrahisi kliniği tarafından bir gün klinik takipten sonra taburcu edilmiş olduğu öğrenildi. Hastanın abdominal BT incelemesinde fizik muayene ile uyumlu lokalizasyonda karın duvarında 4x4 cm boyutunda defekt olduğu ve defektten omentumun herniye olduğu belirlendi (Resim 4). Periton irritasyon bulguları olmayan hastaya elektif abdominal duvar tamiri planlandı.



Resim 3: Fizik muayene bulgusu; karın sağ alt kadranda, crista iliaca'nın üzerinden başlayıp lomber bölgeye uzanan organize hematoma ve ekimoz.



Resim 4: Kontrastsız abdominal BT; sağ alt kadranda karın duvarında 4x4 cm boyutunda defekt ve defektten herniye olmuş omentum (ok).

Olgu 3

Yirmi iki yaşında erkek hasta 1 saat önce yaklaşık 3 metre yüksekten düşme ifadesi ile acil polikliniğe getirildi. Başvuru anında hemodinamik parametreleri stabil (TA:120/70 mm/Hg, NDS:83/dk, satürasyonu %98) olan hastanın fizik muayenesinde; karın sol alt kadranda hassasiyet ve bu lokalizasyonda ekimoz olduğu belirlendi, periton irritasyon bulguları saptanmadı. Abdominal BT incelemesinde karın sol alt kadranda, crista iliaca'nın üzerinde, 4x3 cm boyutlarında karın duvarı defekt ve sol iliopsoas kasında hematoma tespit edildi. Defektten herniasyon izlenmedi. Hasta bir günlük medikal takip sonrası elektif operasyon planlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Travmatik abdominal duvar hernisi (ADH) travma sonrası nadir görülen bir yaralanma türüdür ve travma merkezlerinden elde edilen verilere göre tüm travma olgularının %1'inden azında görülmektedir

(2). İlk olarak 1906 yılında (3) tanımlanan travmatik ADH'nin temel gelişim mekanizması: künt travma sonrası oluşan tanjansiyel kuvvetlerin karın duvarı kaslarında ve fasyalarda yırtılmaya yol açarken, cildin elastikiyeti sayesinde intakt kalması şeklinde açıklanmaktadır. Genel olarak düşük enerjili yaralanmalar küçük künt cisimlerle olan travmalar sonrası, yüksek enerjili yaralanmalar ise sıklıkla araç içi veya araç dışı trafik kazaları sonrasında görülmektedir. Olgularımızın ikisinde trafik kazası, birinde ise yüksekten düşme hikayesi mevcuttur.

Oluşumunda konjenital, mekanik ve dejeneratif çeşitli nedenlerin rol oynayabildiği travmatik ADH'ler sıklıkla karın sol alt kadranda görülmektedir, fakat travmanın olduğu alanda görümesi şart değildir (4). Travma sonrası ekimoz sık görülen bir fizik muayene bulgusu olduğu için dikkatli ve ayrıntılı muayene yapılmaz ise travmatik ADH gözden kaçırılabilir. Bazı olgularda travma sonrası ağrıya bağlı olarak gelişen kas spazmı mevcut defekti maskeleyebilmektedir. Onbir travmatik ADH olgusunun incelendiği bir seride fizik muayene ile palpe edilebilen karın duvarı defektinin sadece 6 hastada (%54.5) belirlendiği bildirilmiştir (5). Literatürde travmatik ADH olgularında klinik tabloya intraabdominal çeşitli organ yaralanmalarının (ince barsak, kolon, karaciğer, mide ve böbrek gibi) eşlik edebileceği bildirilmekle birlikte bu eş zamanlı yaralanma oranının çok yüksek olmadığı (yaklaşık %30-40) belirtilmektedir (6). Olgularımızın hepsinde en belirgin fizik muayene bulgularının karın duvarında ekimoz ve bu lokalizasyonda şişlikti, hiçbirinde eşlik eden intraabdominal organ yaralanması yoktu.

Travmatik ADH tanısında USG ve BT kullanılmaktadır. Ultrasonografi ile karın içi serbest sıvı veya defekt bölgesinde herniasyon varlığı saptanabilecek bulgular arasındadır. En değerli bilgiler ise abdominal BT inceleme ile elde edilmektedir. Özellikle multidetektör abdominal BT inceleme ile mevcut olan defekt, defektten herniasyon varlığı, herniye olmuş organın niteliği, eşlik eden intraabdominal organ yaralanması olup olmadığı belirlenebilmektedir (7). Olgularımızda tanıyı kesinleştirmek için abdominal BT incelemeyi kullandık.

Travmatik abdominal duvar hernisinin tedavisi cerrahidir ve cerrahi planlaması acil ya da elektif olarak yapılabilir. Periton irritasyon bulgularının varlığında veya eşlik eden intraabdominal organ yaralanması şüphesinde acil cerrahi girişim önerilmektedir (8). Herni tamiri için acil operasyon planlandıysa orta hat insizyonu sonrası içeriden onarım, elektif olgularda ise karın duvarındaki defektin üzerinden yapılacak bir insizyonla dışarıdan onarım önerilmektedir. Eşlik eden yaralanmalardan dolayı acil cerrahi girişim gereksinimi olmayan ve karın duvarı defekti büyük olan olgularda, cerrahın da deneyimine bağlı olarak, genellikle acil girişim düşünülmemesi ve elektif tamir (uygun olgularda laparoskopik) önerilmektedir (9). Olgularımızda acil girişim endikasyonu olmadığı için elektif ameliyat planlandı.

Uygulanacak cerrahi teknik açısından bakılacak olursa; acil cerrahi uygulanan olgularda non-absorbabl monofilaman sütürler ile tabaka tabaka onarım önerilmekte, perforasyon varlığında greft kullanımı önerilmemektedir (10). Acil cerrahi uygulanan büyük defektli ve cerrahi alanın kirli olduğu olgularda nükslerin sık görüldüğü, gergin yapılan tamirlerde ise abdominal kompartman sendromu gelişebileceği unutulmamalıdır. Elektif onarım planlanan olgularda ise önerilen yöntem greft ile tamirdir. Elektif onarım için ideal tedavi zamanlaması konusunda net bir fikir olmamakla birlikte bu olgularda zamanla kas atrofisi gelişip herni defektinin büyüyebileceği hatırlanmalıdır (4).

Sonuç olarak; travmatik ADH travma sonrası nadir görülen bir yaralanma şeklidir. Erken dönemde tanı koyulması tedavi planlamasının yapılmasında oldukça önemlidir. Tedavi planlaması yapılırken hastaya ve cerrahın deneyimine göre en uygun tedavi yaklaşımı seçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wood RJ, Ney AL, Bublick MP. Traumatic abdominal hernia: a case report and review of the literature. *Am Surg* 1988;54(11):648-51.
2. Netto FA, Hamilton P, Rizoli SB, Nascimento B Jr, Brenneman FD, Tien H, Tremblay LN. Traumatic abdominal wall hernia: epidemiology and clinical implications. *J Trauma* 2006;61(5):1058-61.
3. Selby CD. Direct abdominal hernia of traumatic origin. *JAMA* 1906;47(11):1485.
4. Singal R, Gupta R, Mittal A, Gupta A, Singal RP, Singh B, Gupta S, Mittal G. Delayed presentation of the traumatic abdominal wall hernia; dilemma in the management - review of literature. *Indian J Surg* 2012;74(2):149-56.
5. Gupta S, Dalal U, Sharma R, Dalal A, Attri AK. Traumatic abdominal wall hernia. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(6):493-6.
6. Drago SP, Nuzzo M, Grassi GB. Traumatic ventral hernia: report of a case, with special reference to surgical treatment. *Surg Today* 1999; 29(10):1111-4.
7. Yu J, Fulcher AS, Turner MA, Cockrell C, Halvorsen RA. Blunt bowel and mesenteric injury: MDCT diagnosis. *Abdom Imaging* 2011; 36(1):50-61.
8. Lane CT, Cohen AJ, Cinat ME. Management of traumatic abdominal wall hernia. *Am Surg* 2003;69(1):73-6.
9. Kubalak G. Handlebar hernia: case report and review of the literature. *J Trauma* 1994; 36(3):438-9.
10. Singal R, Dalal U, Dalal AK, Attri AK, Gupta R, Gupta A, Naredi B, Kenwar DB, Gupta S. Traumatic anterior abdominal wall hernia: A report of three rare cases. *J Emerg Trauma Shock* 2011; 4(1):142-5.