



Travmatik Lomber Barsak Herniasyonu

Bayram Kahraman*, Ayşegül Sağır*, Bayram Şanlı*, Ahmet Kemal Fırat*,
Hakkı Muammer Karakaş*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD. Malatya

Lomber herni travma hastalarında sık izlenenmemekle birlikte, künt abdominal travmalara büyük flank hematoma ve pelvik fraktür eşlik ettiğinde akılda tutulması gereken bir patolojidir. Bu çalışmada, 29 yaşında yüksekten düşme sonrası genel durumu kötü olan fizik incelemede saptanamayan travmatik lomber herninin BT bulguları sunulmaktadır. Travma esnasında elde edilen BT tetkiki abdominal duvar kas yapılarının değerlendirilmesinde duyarlı bir görüntüleme yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Lomber intestinal herniasyon, Travma, Bilgisayarlı tomografi

Traumatic Lumbar Intestinal Herniation

Blunt abdominal trauma is a rare cause of lumbar herniation especially in cases with large flank hematoma and pelvic fracture. We presented the CT findings of a 29 years old, instabile male patient with lumbar herniation. CT is a sensitive method in detecting the abnormalities of abdominal wall muscles due to traumas.

Key Words: Lumbar herniation, Trauma, Computed tomography

Künt abdominal travmalara büyük flank hematomlar ve pelvik kırık eşlik ettiğinde nadir de olsa lomber herni izlenebilir.¹⁻³ Bu çalışmada, fizik incelemede saptanamamış travmatik lomber herni olgusunun bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları sunulmaktadır.

OLGU

Yirmi dokuz yaşında erkek olgu 8 m yüksekten düşme sonrası bilinç bulanıklığı ve genel durumda kötüleşme şikayetleriyle acil servise getirildi. Fizik incelemede akut batın bulgularına ek olarak sağda orta aksiller çizgi ile kostal arkus bileşkesinden başlayan ve flank bölgesine uzanan geniş yumuşak doku şişliği saptandı. Belirtilen bölgeden perküsyonla timpanik ses alındı. Ayrıca pelvik krepitasyon, taşikardi ve arteriyel hipotansiyon saptandı.

Ultrasonografik incelemede batın posterolateralinde, karın yan duvar kasları arasında yer yer hava ekojeniteleri izlendi. Bu hava ekojenitelerinin barsak perforasyonuna ya da travmaya bağlı olduğu düşünüldü. BT’de ise sağ flank bölgesi kas gruplarında düzensizlik ve bu bölgedeki defekten cilt altına uzanan herniye barsak ansları ve bunlara ait mesenter izlendi (Resim 1). Abdomen üst kesimlerinden geçen kesitlerde toraks duvarı lateralinde cilt altında serbest hava dansitesi ve eşlik eden barsak ansı saptandı (Resim 2). Belirtilen bulgular fizik incelemede cilt bütünlüğünü korunduğundan ve pnömotoraks saptanmadığından intestinal perforasyon ve travmatik lomber intestinal herniasyon lehine değerlendirildi. Olguda yukarıda belirtilen bulgulara ek olarak, solda sakrum ve pubis kolu kırıkları ile sakroiliak eklem ayrışması, retroperitoneal hematoma saptandı (Resim 3).

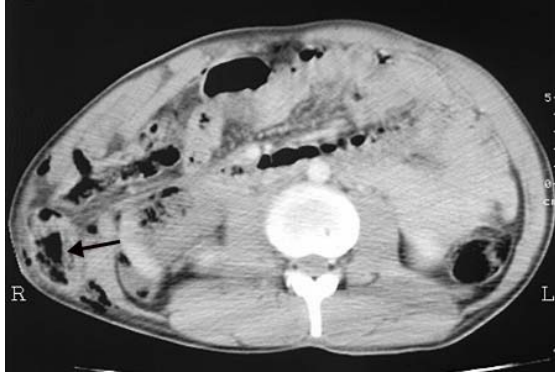
Eksplorasyonda batın sağ lomber kesiminde travmaya bağlı kas, faysa, periton yırtıkları ve herniye olan çıkan kolunu içeren yaklaşık 5 cm çapında defekt izlendi. Retroperitoneal bölgede yaygın hematoma mevcuttu. Olguya sağ hemikolektomi, loop ileostomi, batın sağ yan duvar primer onarımı ve hemostaz kontrolü uygulandı.

TARTIŞMA

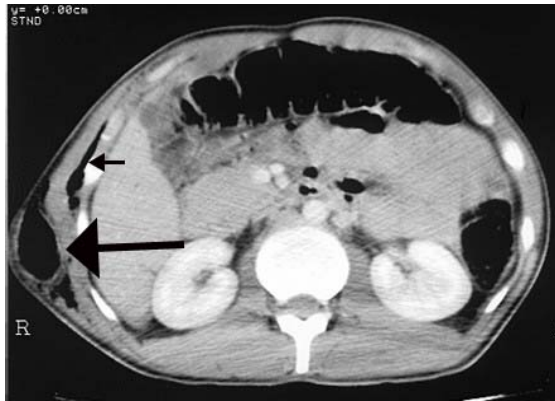
Günlük uygulamalarda lomber hernilerle çok ender karşılaşılır. Bugüne kadar bildirilen olguların toplamı kırkdan azdır.¹⁻⁴ Ağır travma hastalarında tedavinin öncelikle yaşamsal fonksiyonların stabilizasyonuna yönelik olması

nedeniyle lomber intestinal herniler gözden kaçabilir. Travmatik lomber herniler doğumsal ve edinsel lomber hernilerden farklı olarak, normal anatomik sınırların bozulmasıyla oluşurlar ve sunulan olguda olduğu gibi ileri cerrahi rekonstrüksiyon gerektirebilirler.²

Resim 1. Alt batin aksiyel BT görüntüsünde sağda karın duvarı kas yapılarındaki defekt, cilt altı dokuya kolon (ok) ve mesenterinin herniasyonu, cilt altı anfizem izlenmektedir.



Resim 2. Üst batına ait BT görüntüsünde sağ hemitoraks duvarı lateralinde barsak perforasyonunun yol açtığı cilt altı amfizemi (küçük ok) ve herniye barsak segmenti (büyük ok) izlenmektedir



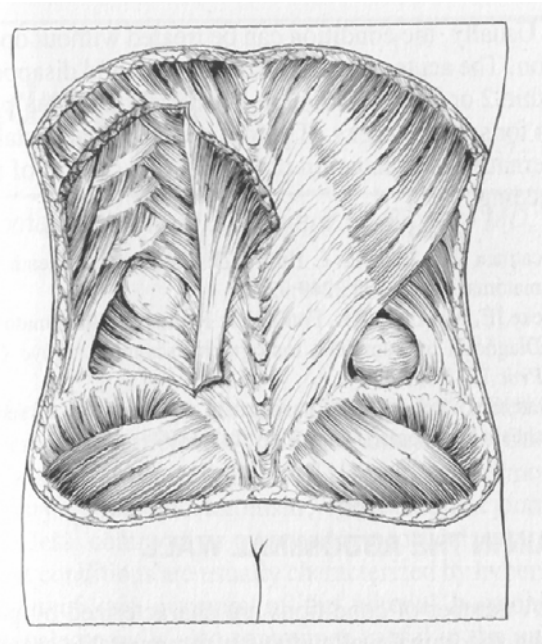
Künt batin travması sonrası gelişen ani basınç artışı, kas insersiyolarının avülsiyonundan, kastaki defekte kadar değişen farklı hasarlar oluşturabilir. Herniler genelde alt abdomende bulunan ve anatomik zayıflık içeren noktalardan gelişir ve abdominal darbe alanıyla ilişkisiz olabilir.⁴ Bu zayıf bölgeler süperior ve inferior lomber üçgenler olarak bilinir.^{5,6} Grynfeltt veya Lesshaft üçgeni olarak da adlandırılan süperior üçgen en sık etkilenen ve en geniş olan üçgendir. Bu alan üstte onikinci kostanın alt kenarı, serratus posterior inferior kası, önde obliquus internus kası, postriorda ise quadratus lumborum kasınca sınırlanır. Petit üçgeni olarak da adlandırılan inferior üçgen ise posterior abdomen duvarında olup sınırlarını

latissimus dorsi ve eksternal oblik kaslar ile krista iliaka oluşturur. Bu alanda herniasyon daha nadir izlenir.^{5,6} (Resim 4). Bu alandan izlenen herniasyonlara krista iliaka üzerinde ağrı ve kontüzyon eşlik eder. Bu tip herniasyonlar redükte edilebilir karakterdedir.

Resim 3. Pelvik aksiyel BT kesitinde sakrum sol kesiminde kırık, komşu sakroiliak eklemden ayrışma ve kırık komşuluğunda retroperitoneal hematoma (ok) izlenmektedir.



Resim 4. Lomber ve dorsal hernilerin anatomik ilişkileri. Solda Grynfeltt, sağda ise Petit üçgeninden gelişen lomber herniler izlenmektedir.



Abdomen duvarının bütünlüğünü bozacak derecede şiddetli olan travmalar genelde batin içindeki diğer organlara da hasar vermektedir.⁷ Acil şartlarda ağır travmatize olguların tedavisindeki güçlükler, klinik

Travmatik Lomber Barsak Herniasyonu

öncelikler düşünüldüğünde, lomber herniasyonun atlanabileceği bilinmektedir.⁵

Yukarıda belirtildiği üzere, eşlik eden batin içi organ yaralanmalarının varlığı ve belirtilen yaralanma olmasa bile tedavi edilmeyen olgularda inkarasyon ve strangülasyon gelişme olasılığı, lomber herniasyonun erken ve mutlak tanısını gerekli kılmaktadır.⁸ Belirtilen tanıda BT birincil inceleme yöntemidir.^{5,8,9} Bu yöntem normal abdominal duvarın fasiyal planlarını ve kaslarını açık bir şekilde ortaya koymakta ve genellikle bu planlardaki herhangi bir düzensizliği, retroperitoneal yağ dokusu ile intraabdominal organların herniasyonlarını göstermektedir. BT tanıya ek olarak tedavi yaklaşımının belirlenmesinde önem taşımaktadır. Lomber herniasyona eşlik eden batin içi organ yaralanması varlığında transabdominal, yokluğunda ise retroperitoneal cerrahi tercih edilmektedir.⁵

BT lomber herniasyon şüphesi olan travma hastalarında tanıda olduğu kadar cerrahi planlamada da önemli bir yöntemdir. Ancak fasiyal planları silen orta dereceli bir hematomun kas planlarının ayrımını zorlaştırdığı ve travmatik defektlerin küçük olduğu durumlarda, lomber herniasyonlar atlanabilmektedir. BT bulgularının abdominal duvar yapılarındaki hasarın ciddiyetini de her zaman yansıtmadığı bilinmektedir. Travma sonrası elde edilen ilk BT tetkikinin tüm hastalarda lomber herniasyon varlığının ve abdominal duvar hasarının değerlendirilmesinde yeterli olmadığı bilinmeli ve bu hastaların klinik izlemine ek olarak BT ve diğer görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasının gerekebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Bu olguda pelvik fraktürün eşlik etmesi lomber intestinal herniasyon ihtimalini artırmaktadır. Travmatik intestinal herniasyonun pelvik fraktürün karşı tarafında izlenmesi dikkat çekici olmakla birlikte benzer olgular literatürde de tanımlanmıştır. Travmatik barsak herniasyonu olan künt travmalarda intestinal perforasyon da izlenebilir. Bu nedenle BT'de perforasyon riski akılda tutulmalı ve serbest hava varlığı değerlendirilmelidir. Bizim olgumuz da olduğu gibi pelvik fraktür varlığında, travmatik lomber intestinal herniasyon ve olası intestinal perforasyonu değerlendirmek, tanı ve tedavi planlaması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cubukcu A, Gonullu NN, Arslan SA, Alponat A. Post-traumatic combined transdiaphragmatic intercostal and lumbar hernia. *Int J Clin Pract.* 2001; 55:223-224.
2. Barden BE, Maull KI. Traumatic lumbar hernia. *South Med J.* 2000; 93:1067-1069.3.
3. Shuhaiber J, Dunn T, Evans A, Fishman D, Merlotti G, Salzman S. Traumatic lumbar hernia with ureteropelvic junction disruption: case report and review of the literature. *J Trauma.* 2003; 55:985-988.
4. Guly HR, Stewart IP. Traumatic hernia. *J Trauma* 1983; 23:250 -251.
5. Killeen KL, Girard S, DeMeo JH, Shanmuganathan K, Mirvis SE. Using CT to diagnose traumatic lumbar hernia. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174:1413-1415.
6. Deveney KE. Hernias and other lesions of the abdominal wall. In: Way LE, ed. *Current surgical diagnosis and treatment.* 8th ed. Connecticut: Appleton and Lange, 1988; 658-659.
7. Doersch KB, Doxier WF. The seat belt syndrome: the seat belt sign, intestinal and mesenteric injuries. *Am J Surg* 1968; 116:831-833.
8. Esposito TJ, Fedorak I. Traumatic lumbar hernia: case report and literature review. *J Trauma* 1994; 37:123-126
9. Faro SH, Racette CD, Lally JF, Wills JS, Mansoor A. Traumatic lumbar hernia: CT diagnosis. *AJR* 1990; 154:757-759.

Yazışma Adresi:

Doç.Dr. Hakkı Muammer KARAKAŞ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya 44280
Tel : 422 341 0660 -7524, 5706
Faks : 422 341 0834
E-posta : hkarakas@inonu.edu.tr