

<sup>1</sup> Murat TUTANÇ

<sup>1</sup> Vefik ARICA

<sup>2</sup> Bülent AKÇORA

<sup>3</sup> Ramazan DAVRAN

<sup>4</sup> Seçil Günher ARICA

<sup>1</sup> Fatmagül BAŞARSLAN

<sup>1</sup> Tanju ÇELİK

<sup>1</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı  
ve Hastalıkları AD, Hatay

<sup>2</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi  
AD, Hatay

<sup>3</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Radyoloji AD,  
Hatay

<sup>4</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
AD, Hatay

Submitted/Başvuru tarihi:

26. 06. 2010

Accepted/Kabul tarihi:

26.08.2010

Registration/Kayıt no:

10 07 132

**Corresponding Address**  
**/Yazışma Adresi:**

**Dr. Murat TUTANÇ**

Ürgenpaşa Mh. 16. Sk.

Çelik Yapı Apt. no:7,

4/18.Antakya-Hatay

e-posta:

drtutanc@hotmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal

e-ISSN 1307- 671X

www.tipdergi.duzce.edu.tr

duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

## Karın Ağrısı Nedenlerinin Nadir Sebebi Duodenal Hematom: Olgu Sunumu

### Duodenal Hematoma, a Rare Cause of Abdominal Pain: Case Report

#### ÖZET

Duodenumun yerleşimi genellikle retroperitoneal olduğundan travmaya maruziyet enderdir. Fakat duodenuma gelebilecek bir hasar ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Duodenal hematoma en sık üst batın künt travmalarından sonra gelişmektedir. Bizde altı yaşındaki bir erkek çocukta oluşan, karın ağrısının nadir nedenlerinden olan duodenal hematoma vakasını sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** duodenal hematoma, künt travma, karın ağrısı

#### ABSTRACT

Localisation of the duodenum is usually retroperitoneal and its exposure to trauma is rare. But any damage to the duodenum can have serious consequences. Duodenal hematoma most commonly develops after abdominal blunt trauma. We present a six-year-old boy with duodenal hematoma as a rare cause of abdominal pain.

**Key words:** duodenal hematoma, blunt trauma, abdominal pain.

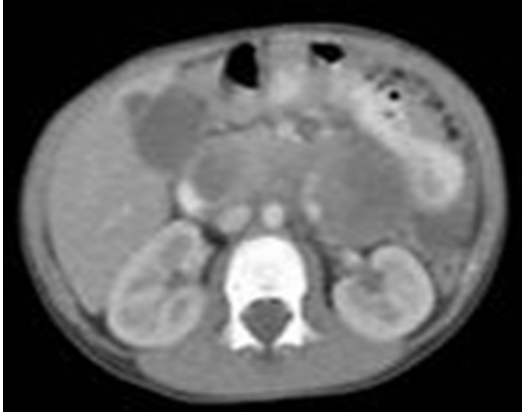
#### GİRİŞ

Duodenal Hematom (DH) genelde travmaya fazlaca maruz kalan erkek popülasyonda, çocukluk, gençlik çağında ve daha sık görülmektedir. DH belirtileri genelde nonspesifik olmasının yanında durumu öykü ile ortaya çıkarmak genellikle zordur (1, 2). Bu nonspesifik belirtiler arasında karın ağrısı, bulantı, kusma ile fizik muayenede karında yaygın hassasiyet, ekimotik alanlar, defans olabilir ya da olmayabilir (1). Ancak öykü ve fizik muayenede şüphelendiğinde mutlaka görüntüleme yöntemlerinden faydalanılarak DH tanısı ekarte edilmelidir (3).

#### OLGU SUNUMU

Altı yaşında erkek hasta babası tarafından Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine karın ağrısı ve kusma şikayetiyle getirildi. Haytaya acil yapılan acil değerlendirmeden sonra öyküsü derinleştirildiğinde karın ağrısının iki gündür olduğu, bir kez ama safralı kustuğu söylendi. Travma sorgulandığında çocuk, üç gün önce bisikletten düştüğünü ifade ediyordu. Fizik muayenesinde tansiyon arteryel:85/45mmHg, nabız 90/dk ve ritmikti. İncelemede karın bölgesinde veya başka herhangi bir bölgede travma ve ekimoz görülmedi. Barsak sesleri dinlemekle normoaktif, palpasyonda üst batın bölgesi hassas, epigastrium bölgesinde ele gelen şişlik mevcuttu. Hastada rebound ve defans ise yoktu. Vital bulgular, tam kan sayımı, idrar tetkiki, biyokimyasal testler, akciğer ve abdomenin direkt grafileri normaldi. Fakat yapılan batın ultrasonografide (USG) batın içinde serbest sıvı saptandı. Ardından yapılan oral radyokontrast madde içirilerek bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Tomografide resim 1 ve resim 2’de görüldüğü gibi duodenum 3-4 kısmında gibi iyi sınırlı ve hematomu düşündürülen intramural radyokontrast madde tutulumlu kitle görüldü. İntraabdominal solid organlar normaldi, serbest hava veya kontrast madde ekstrasvazasyonu izlenmedi.

Çocuk cerrahisi ve çocuk kliniği tarafından tekrardan değerlendirildi ve hasta künt travma sonrası duodenal hematoma teşhisiyle yatırıldı. Nazogastrik sonda



**Resim 1.** Batın BT'de transvers kesitte kontrast madde tutulumunun gösterilmesi



**Resim 2.** Kontrast madde tutulumunun koronal kesitte gösterilmesi

(NGS) ile drenaja alındı. Oral alım kesilerek total parenteral nutrisyon (TPN) sıvısı intravenöz başlandı. Aktif kanaması olmaması, vital bulguları normal olması, lökositöz ve amilaz yüksekliğinin olmaması, hematokrit, TA ve kalp atım hızı takiplerinde bir anormallik saptanmaması üzerine medikal tedavi planlandı. İntravenöz antibiyoterapi, ranitidin, sıvı ve elektrolit tedavisine başlandı. Takipleri USG yoluyla yapıldı. NGS'den safra drenajı kesilince oral alım başlandı ve 20 gün devam edilen TPN tedavisi oral alım başlanınca kesildi. 28 gün sonra hematoma tamamen kayboldu ve hasta taburcu edildi.

## TARTIŞMA

DH'ların yaklaşık %80'i minör künt karın travmalarından sonrasında gelişmektedir (4, 5). Bu vakaların yaklaşık %20'sinde ise kanama bozuklukları, Henoch-Schönlein purpurası, antikoagülan tedavi, tümörler, pankreatit, duodenal ülser ve iyatrojenik nedenler yer alır (5, 6, 7, 8). Bizim vakamızda duodenal hematomaun sebebi künt batın travması idi.

Fizik muayene, direk grafi ve USG ile tanı konamazsa kontrastlı batın BT tanıda yardımcı olabilir. DH için en iyi tanı yöntemi olan batın BT'nin bile tanı koyma şansı %60 civarındadır. Ancak DH teşhis konulduktan sonra takibi tekrarlayan radyasyona maruziyetten korunmak için batın USG tercih edilmelidir (9). Bizim olgumuzda da batın muayenesinde ele kitle gelmesi nedeniyle derinleştirilen anamnezde künt travma öyküsü çıkmış ve tanı batın BT ile kesinleştirilmiştir. Konservatif tedaviye başlandıktan sonra takipleri batın USG ile yapılmıştır.

DH için öncelikle şüphelenilmesi gerektiği ve öykü alınımından sonra doğru teşhis konulup hızlıca uygun tedaviye geçilmeli ardından oral alım kesilip, nazogastrik drenaj uygulanıp batın rahatlatılmalıdır (3, 10, 11). Uygun vakalarda cerrahi yapılmasına rağmen, hastanın kliniğine, şiddetine göre sadece konservatif tedaviyle hastalarda tedavi

edilebilmektedir. Olgumuzda aktif kanaması olmaması, vital ve laboratuvar bulguların normal ve stabil olması, NGS'den safra drenajının devam etmemesi ve gaz gaita çıkışının görülmesi, batın içine ekstrevasiyon olmaması nedeniyle cerrahi düşünülmedi. Medikal tedavi, batın USG yakın takip edildi.

Sonuç olarak; Karın ağrısıyla gelen çocuklarda mutlaka öykü derinleştirilmeli, nadir nedenler aklımıza gelmeli ve cerrahi patolojiler mutlaka dışlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Desai KM, Dorward IG, Minkes RK, Dillon PA. Blunt duodenal injuries in children. *J Trauma*. 2003;54:640-5.
2. Sidhu MK, Weinberger E, Healey P. Intramural duodenal hematoma after blunt abdominal trauma. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;170:38
3. Wu CC. Sonographic spectrum of giant intramural duodenal hematoma: identifying a case simulating traumatic pancreatic pseudocyst. *J Clin Ultrasound*. 1992;20:352-5.
4. Bellens L, Van Hee R, Vanderstighelen Y, Vanderputte S. Intramural duodenal hematoma of pancreatic origin. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:930-2
5. Fang JF, Chen RJ, Lin BC. Surgical treatment and outcome after delayed diagnosis of blunt duodenal injury. *Eur J Surg*. 1999;165:133-9.
6. Patel R, Shaps J. Intramural duodenal hematoma: a complication of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 1982;28:218-9.
7. Dubois J, Guy F, Porcheron J. A pancreatic-induced intramural duodenal hematoma: a case report and literature review. *Hepatogastroenterology*. 2003;50:1689-92.
8. Ahn MS, Miyai K, Carethers JM. Intramural duodenal hematoma presenting as a complication of peptic ulcer disease. *J Clin Gastroenterol*. 2001;33:53-5
9. Fasolini F, Lichtenhahn P, Aeberhard P. Intramural duodenal hematoma after blunt abdominal injury in childhood: case report [in German]. *Helv Chir Acta*. 1994;60:823-6.
10. Lorente-Ramos RM, Santiago-Hernando A, Del Valle-Sanz Y, Arjonilla-Lopez A. Sonographic diagnosis of intramural duodenal hematomas. *J Clin Ultrasound*. 1999;27:213-6.
11. Ghersin E, Gaitini D, Wills O, Soudack M, Engel A. Intramural duodenal hematoma mimicking an intestinal mass on sonography. *J Ultrasound Med*. 2002;21:693-5.