

Künt karın travması sonucu izole adrenal bez yaralanması: Bir olgu sunumu

Münevver HOŞGÖR, Feza AKGÜR, Tanju AKTUĞ, Dinç ÖZAKSOY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Radyodiagnostik Anabilim Dalları, İzmir

Summary

Isolated adrenal injury after blunt abdominal trauma: A case report

After blunt abdominal trauma, isolated adrenal injury is uncommon during childhood. We diagnosed posttraumatic right adrenal gland injury in our patient by ultrasound and computed tomography examination. He had nocturnal pain attacks during hospital observation. Because of this unexpected symptom the patient is presented.

Key words: Trauma, adrenal injury

Giriş

Çocukluk çağı travmalarında ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanımının yaygınlaşması ile adrenal bez yaralanmalarına daha sık tanı konulmaktadır (1,4,5,7). Travma sonrası tek başına adrenal bez yaralanması yine de oldukça enderdir ve bildiğimiz kadarıyla ülkemizde yayınlanmamıştır. Adrenal bez yaralanması sonucu nokturnal ağrı atakları gelişen bir olgumuzu, şimdiye dek yayınlanmamış bu belirtisi nedeni ile, tanı ve tedavi özelliklerini de gözden geçirerek yayınlamayı düşündük.

Olgu Sunumu

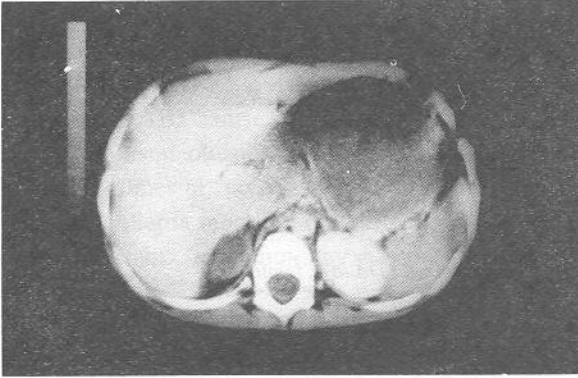
H.B., 6 yaşında, erkek çocuk araba çarpması nedeniyle başvurdu. Fizik incelemede nabız 86/dk, ateş 36° C, kan basıncı 110/60 mmHg, solunum sayısı 18/dk idi. Bilinci açık, nörolojik bulgusu yoktu. Sağ frontal bölgede yaklaşık 2 cm uzunluğunda cilt kesisi mevcuttu. Solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem bulguları normaldi. Karında inspeksiyonla sağ üst kadranda çok sayıda dermal abrazyonlar,

palpasyonla aynı bölgede duyarlılık ve defans vardı, rebound yoktu, barsak sesleri normoaktifti. Genitoüriner sistem ve lokomotor sistem incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Pediatric travma skoru onbir olarak hesaplandı. Laboratuvar incelemelerinde; Hb=11.8 gm/dl, Htc=%34.9, BK=22500/mm³, KK=4150000/mm³, Trombosit=520000/mm³, AKŞ=103 mg/dl, BUN=11 mg/dl, Kreatinin=0.8 mg/dl, Na=139 mmol/l, K=4.5 mmol/l bulundu. Akciğer grafisi, ayakta direkt karın grafisi ve rutin idrar incelemesi özellik göstermiyordu.

Batın USG'sinde rektovezikal bölgede çok miktarda serbest sıvı vardı, sağ adrenal bez 35x25 mm boyutlarında ve hiperekojen idi. Sol adrenal bez USG'de görülemedi. Başka organ yaralanması yoktu. Damar içi kontrast madde enjeksiyonu öncesi ve sonrası elde olunan BT kesitlerinin incelenmesinde, sağ adrenal bez içinde 27x22 mm boyutlarında homojen hipodens oval görünüm, hematomla uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 1). Sol adrenal bez 3 mm kalınlığında ve normal idi. Diğer organlarda patolojik bulgu saptanmadı. Adrenal işlevlerini değerlendirmek için yapılan incelemede ACTH 43 ng/dl, kortizol 11 ng/dl bulundu.

Hasta yatırılarak aktif izleme alındı, izlem süresince vital bulguları stabil seyretti. Konfüzyon, letarji, bulantı, kusma, hipotansiyon, taşikardi ve akut adrenal yetersizlik bulguları gelişmedi. Yatışının ikinci gecesinden başlayarak hastanın geceleri şiddetli karın ağrısı atakları oldu ve analjeziklerle kontrol edildi. Posttravmatik 3. günde yapılan kontrol USG'de sağ adrenal bez boyutları 22x15 mm idi, batın içi serbest sıvı yoktu. Karın ağrısı atakları 6'ncı günde azalarak, 7'inci günde geçti. 8'inci günde taburcu edilen hasta 6 ay USG ile periyodik olarak izlendi, geç komplikasyon gelişmedi.

Adres: Dr. Tanju Aktuğ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 35340, İnciraltı-İzmir



Resim 1. Bilgisayarlı tomografik incelemede sağ sürrenal bez içindeki hematoma izlenmektedir.

Tartışma

Travmatik adrenal bez yaralanması, özgün bulgu ve belirtileri olmaması nedeniyle güç tanınmaktadır. Çocuklarda yayınlanmış en belirgin bulgular, olgumuzda izlediğimiz, batında duyarlılık ve olgumuzda gözlemediğimiz hematuri olarak belirtilmektedir (7). Ancak bu bulgular künt karın travmalarından sonra sıklıkla görülürler ve adrenal bez yaralanması için özgün değildirler. Tek taraflı lezyonlarda akut adrenal yetersizlik bulgusu da görülmediği için olgularda tanı sıkıntısı olmaktadır (4,7). Travma olgularının değerlendirilmesinde rutin USG ve BT kullanımı, klinik ipuçlarının zayıf olmasına karşın travmatik adrenal patolojilerin daha sık tanımlanabilmesini sağlamaktadır (1,2,5,6).

USG ile incelemede adrenal hematomlar, karaciğer ekojenitesinden daha yüksek ekojenitede, hiperkojen yuvarlak bir kitle olarak izlenir; BT'de ise yuvarlak veya oval, çeperi daha opak, merkez non-opak görülürler. O taraftaki diyafragma kalınlaşması, peria adrenal yağ dokusunun çizgilenme göstermesi de önemli ek bulgulardır.

Olgumuzda izlediğimiz ve literatürde rastlamadığımız nokturnal ağrı atakları açıklanması zor bir gözlemdir. Adrenal bezin kortizol salgısının diurnal ritmi olduğu bilinmektedir. Ancak salgının yapıldığı, dolayısı ile kanlanmanın artmasının beklendiği zaman sabah saatleridir. Salgı veya kanlanmanın en düşük düzeyde olduğu gece saatlerinde ağrı olması, bezdeki konjesyonun ağrıyı arttırması biçiminde bir açıklamayı olanaksız kılar. Kortizol düzeyinin düşmesi ile ağrının hissedilmesi ise ben-

zer ağrı ataklarının diğer yaralanmalarda izlenmemesi ve ağrının kortizol düzeyinin en düşük olduğu saatler yerine, saat 20, 22 gibi daha erken bir zamanda başlaması nedeni ile uygun bir açıklama değildir. Bu güne dek yayınlanmamış nokturnal ağrı ataklarının, nedenini tam açıklayamamak da, travma geçiren çocuklarda adrenal bez hematomları için özgün bir belirti olabileceğini ve tanının klinik olarak akla getirilmesini sağlayacağını düşünüyoruz.

Travmatik adrenal yaralanma çoğunlukla sağda, ender olarak solda veya bilateral olabilir (3,4,7). İzole adrenal bez yaralanmasının oluş mekanizması literatürde iki ayrı biçimde açıklanmaktadır. Abdominal kavitede derinde yerleşen bezin omurga, karaciğer ve diğer karın içi organlar arasında sıkışması bir açıklama yöntemidir. Ancak inferior vena kavada travma sırasında yükselen basıncın adrenal venler ile organa iletilmesi daha çok kabul edilen görüştür. Sağ adrenal ven direkt olarak inferior vena kavaya direne olurken, sol adrenal venin renal vene direne olması ile, sağ adrenal bez yaralanmasının sıklığı da açıklanabilir (7). Bizim olgumuzda da adrenal yaralanma sağda idi ve eşlik eden başka organ hasarı yoktu. Tek taraflı adrenal bez yaralanmasında tedavi için aktif izlem ve USG ile iyileşmenin izlenmesi yeterlidir (4,6). Olgumuzda da daha önce yayınlanmamış nokturnal ağrı atakları dışında, klinik gözlem sırasında adrenal yetersizlik, hemodinamik instabilite vb. sorunlar saptanmamıştır.

Kaynaklar

1. Akgür FM, Aktuğ T, Kovanlıkaya A, Erdağ G, Olguner M, Hoşgör M, Obuz O: Initial evaluation of children sustaining blunt abdominal trauma USG vs DPL. Eur J Ped Surg 3:278, 1993
2. Berger PE, Kuhn JP: CT of blunt abdominal trauma in childhood. AJR 136:105, 1981
3. Burks DW, Mirvis SE, Shanmuganathan K: Acute adrenal injury after blunt abdominal trauma: CT findings. AJR 158:503, 1992
4. Gomez RG, McAninch JW, Carroll PR: Adrenal gland trauma: Diagnosis and management. J Trauma 35:870, 1993
5. Kaufman RA, Towbin R, Babcock DS, et al: Upper abdominal trauma in children: Imaging evaluation. AJR 142:449, 1984
6. Murphy BJ, Casillas J, Yrizarry JM: Traumatic adrenal hemorrhage: Radiologic findings. Radiology 169:701, 1988
7. Sivit CJ, Ingram JD, Taylor GA, Bulas DI, Kushner DC, Eichelberger MR: Posttraumatic adrenal hemorrhage in children. AJR 158:1299, 1992