

Morel-Lavallee Lezyonunun Adli Travmatolojik Değerlendirilmesi: Bir Olgu Sunumu

Forensic Traumatological Evaluation of Morel-Lavallee Lesion: A Case Report

¹Arif Garbioğlu, ²Tuğrul Kiliboz, ³Beycan Doğan, ⁴Kenan Karbeyaz

¹Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Eskişehir
Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Eskişehir,
Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

Özet

Morel-Lavallee lezyonu, travma sonrası subkutan dokunun altındaki fasyadan ayrıldığı bir yumuşak doku yaralanmasıdır. Kapalı degloving yaralanmaları nadir görülmekle birlikte birden fazla cerrahi müdahale gerektiren komplikasyonlara neden olabilmektedir. Morel-Lavallee yaralanmaları hastanın yaşam kalitesini etkileyen ağrı, hassasiyet ve şişlik gibi kronik semptomlara yol açabilmektedir. 2019 yılında üzerinden kamyon geçen 54 yaşında erkek olgunun olay tarihli muayenesinde lomber bölgede ve sağ femurda hassasiyet, sağ femurda hematoma ve çap artışı olduğu görülmüştür. Olay tarihinden 3 gün sonra yapılan muayenesinde sağ lomber bölgeden dize kadar ve sol glutea distaline kadar cilt altı sıvı birikimi olduğu tespit edilmiş ve insizyonla aspire edilmiştir. Maluliyet değerlendirilmesi amacıyla 2020 yılında polikliniğe başvuran olgunun bilateral uylukta şişlik, ağrı ve yürürken aksama şikayetleri olduğu, yapılan muayenesinde kaza ile ilgili olduğu değerlendirilen sekel değişiklikler saptanmış ve ilgili yönetmelik hükümleri kapsamında engel oranı belirlenmiştir. Adli tıp pratiğinde nadir karşılaşılabilecek bu tür bir olgunun literatür eşliğinde tartışılmasının adli tıp uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Morel-Lavallee lezyonu; degloving yaralanma; adli tıp; engellilik

Abstract

Morel Lavallee lesion is a post-traumatic soft tissue injury that subcutaneous tissue to separate from the underlying fascia. Although closed degloving injuries are uncommon, they can cause complications requiring multiple surgical interventions. These injuries can lead to chronic symptoms, such as pain, sensibility and swelling, affecting the patient's quality of life. In the even date examination of a 54-year-old male who was run over by a truck in 2019, it was observed that there was tenderness in the lumbar region and right femur, hematoma and an increase in diameter in the right femur. In the examination performed 3 days after the traffic accident, it was determined that there was a subcutaneous fluid accumulation from the right lumbar region to the knee and up to the distal left glutea, and it was aspirated with an incision. The case who applied to the outpatient clinic in 2020 for disability evaluation had complaints of swelling in both thighs, pain and limpness in walking, sequelae changes that were considered to be related to the accident were determined in the examination, and his disability rate was performed within the context of relevant guideline. It is thought that discussing such a rare case in forensic medicine practice in the light of literature will contribute to forensic medicine practices.

Keywords: Morel-Lavallee lesion; degloving injury; forensic medicine; impairment

Correspondence:
Arif GARBİOĞLU
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı,
Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü,
Eskişehir, Türkiye
e-mail: dr.arifgarbioglu@gmail.com

Received 09.11.2021 Accepted 08.12.2021 Online published 09.12.2021

Cite this article as:
Garbioglu A, Kiliboz T, Doğan B, Karbeyaz K, Forensic Traumatological Evaluation of Morel-Lavallee Lesion: A Case Report, Osmangazi Journal of Medicine, 2022;44(4):587-592
Doi: 10.20515/otd.1020761

1. Giriş

Morel-Lavallée lezyonu (MLL) ilk olarak 1863 yılında Fransız cerrah Victor-Auguste-François Morel-Lavallée tarafından yüzeysel yumuşak dokunun derin fasyadan ayrılması ile oluşan kapalı yaralanma olarak tanımlanmıştır (1). Morel-Lavelle seroma, travma sonrası yumuşak doku kisti, ekstremitasyon veya Morel-Lavelle efüzyonu olarak da bilinmektedir (2). Nekrotik dokular, hematoma ve lenf sıvısı birikimi nedeniyle ölü boşluk oluşumuyla sonuçlanan bir kapalı degloving lezyonudur. İnflamatuvar reaksiyon sürecin devam etmesine neden olarak kapsül oluşumuna yol açabilir. Kapalı degloving yaralanmaları nadir görülmekle birlikte gözden kaçabilmektedir (1-4). Etiyolojide en önemli neden yüksek enerjili künt travma veya ezilme yaralanmalarıdır (1). Spor yaralanmalarında ve abdominoplasti operasyonu sonrasında da görüldüğü bildirilmiştir (5, 6).

MLL hastanın yaşam kalitesini etkileyen ağrı, hipoestezi, hassasiyet, şişlik ve sertlik gibi kronik semptomlara yol açabilmektedir. Tanısı, klinik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemi ile konulur (1, 7). MLL ile ilgili en önemli sorunun, fizik muayenede görülen lezyonun travmanın boyutunu göstermede yetersiz kalabildiği bildirilmektedir (8). MLL, uzun süreli morbiditeye yol açabilecek nadir fakat ciddi travmatik bir yaralanmadır. Lezyonun akut ya da kronik olma durumuna göre tedavisi değişkenlik göstermektedir. Geç tanıda birden fazla cerrahi müdahale gerektiren komplikasyonlara neden olabilmektedir (9). MLL, adli tıp pratiğinde nadir karşılaşılabilecek bir antite olduğundan sunulmaya değer bulunmuştur.

2. Olgu Sunumu

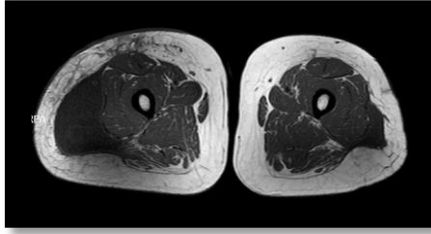
Olgu, 03/03/2019 tarihinde trafik kazası (TK) sonucu meydana gelen yaralanması nedeniyle

engel oranının belirlenmesi istemiyle başvuruda bulunmuştur.

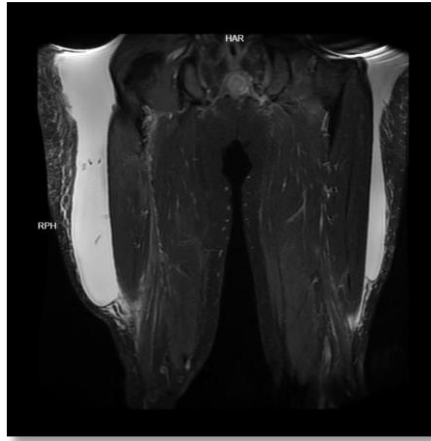
Kamyon şoförünün, aracı ani hareket ettirmesi sonucu kamyon lastiğiyle yer arasında sıkışan 54 yaşında erkek olgunun olay tarihli muayenesinde sağ femurda, lomber ve pelvik bölgede hassasiyet, sağ femurda hematoma ve çap artışı olduğu, grafilerinde sakrum sağda, L5 vertebra sağ transvers proçeste, bilateral ramus pubis superior ve inferiorda fraktürler izlenmiştir. Olaydan 3 gün sonra yapılan muayenesinde sağ uyluk lateralinde ekimoz, büllöz lezyonlar, maserasyon, pelvis lateral sıkıştırmayla ağrılı, sağ lomber bölgeden dize kadar ve sol glutea distaline kadar cilt altı sıvı birikimi olduğundan MLL tanısıyla yatırılmıştır. Sağ uyluk lateralinde geniş nekrotik enfekte yara (Resim 1) nedeniyle antibiyoterapi başlanıp, bilateral uyluktan ve sağ diz lateralinden toplamda 6300 ml hemorajik mayı drene edilerek kompresif bandaj uygulanmıştır. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), sağ uyluk laterali subkutan doku derinliğinde yaklaşık 212x55 mm boyutunda sıvı koleksiyonu, sağ vastus lateralis kasında strain ile uyumlu intramusküler geniş alanda ödem, sol uyluk laterali subkutan doku derinliğinde yaklaşık 105x23 mm boyutunda sıvı koleksiyonu, subkutan koleksiyon içerisinde küçük yağ lobülleri izlenmiştir (Resim 2, 3, 4, 5). TK'den yaklaşık 3 ay sonra yapılan muayenesinde sağ uyluk lateralinde kenarları düzensiz tabanı deprese ve granüle poşlar uzanan doku defekti izlenmiş olup defekt debride edilmiştir (Resim 6). Sol uyluk lateralinde fluktuasyon alınan birikim drene edilerek poş alanına dren konularak operasyon sonlandırılmıştır. Yapılan ultrasonografi (USG) incelemesinde; sağ uyluk anteriorunda yara yeri çevresinde cilt, cilt altı dokuda kalınlaşma, heterojen ödemli görünüm dışında başkaca komplikasyon görülmemiştir.



Resim 1. Geniş nekrotik enfekte yara



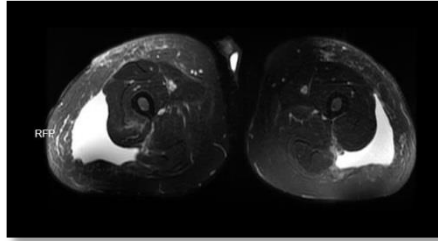
Resim 2. Aksiyel kesitte T1 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde Morel-Lavallée lezyonu



Resim 3. Koronal kesitte yağ baskılı 'short tau inversion recovery' sekans manyetik rezonans görüntülemesinde Morel-Lavallée lezyonu



Resim 4. Koronal kesitte T1 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde subkutan koleksiyon içerisinde küçük yağ lobülleri (ok)



Resim 5. Aksiyel kesitte T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde Morel-Lavallée lezyonu



Resim 6. Debridman sonrası ölü boşluk görünümü



Resim 7. Fizik muayenede Morel-Lavallée lezyonunun yandan (7a) ve arkadan (7b) sekel görünümü

Maluliyet değerlendirilmesi amacıyla gelen olgunun bilateral uylukta şişlik, uyuşukluk, ağrı, yürürken aksama, oturup kalkmakta zorlanma şikayetleri olduğu, muayenesinde sias-medial malleol arası sağ 99 cm, sol 97 cm, uyluk çevresi sağ 61 cm, sol 59 cm, krural çevresi sağ 38 cm, sol 37 cm, sağ uyluk lateralinde 7x2 cm'lik skar, 12x3 cm'lik skar ile yaklaşık 4 cm yüksekliğinde düzensiz yumuşak doku çıkıntısı (Resim 7), sağ uyluk anteriorda 14x2 cm'lik skar, bilateral alt ekstremite kas gücü 5/5, lomber vertebra hareketleri tam, yürüyüşünün antalgik olduğu izlenmiştir. Sağ kalça fleksiyon 90, ekstansiyon 10, iç rotasyon 15, dış rotasyon 25, abduksiyon 25, adduksiyon 15, sol kalça fleksiyon 95, ekstansiyon 15, iç rotasyon 15, dış rotasyon 20, abduksiyon 25, adduksiyon 20 derece ölçülmüştür. Olgunun tıbbi evrakı ve son durum muayenesi birlikte değerlendirilerek sözkonusu TK ile illiyetli sekel durumu saptanmıştır. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik hükümleri kapsamında değerlendirme yapıldığında; olgunun L5 vertebra sağ transvers proces fraktürü, kalça eklemi hareket kısıtlılıkları ve alt ekstremite uzunluk farklılığı ile ilgili engel oranı %28 hesaplanmıştır.

Kimliğini ifşa edecek herhangi bir özelliğinin belirtilmeksizin lezyonun fotoğraflarının, tıbbi bilgi ve bulgularının bilimsel makalede kullanılabilmesi amacıyla olgudan onay alınmıştır.

3. Tartışma

MLL ile ilgili yapılan çalışmalarda; MLL'nin erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğü, pelvik travmaların %8.3'ü ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (1, 10). MLL genellikle travmadan birkaç saat veya günler sonra ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte bazı hastalar aylar veya yıllar sonra başvurabilmektedir. Klinik muayenede yumuşak dalgalı bir kontur deformitesi ve sıklıkla hipoestezi görülür. Akut veya kronik dönemde cilt nekrozu görülebilir (2). Genellikle unilateral görülmekle (1) birlikte olgumuzda bilateral MLL saptanmıştır. Özellikle asetabulum ve pelvis kırıkları olmak üzere sıklıkla kırıklarla ilişkilidir, ancak izole olarak da görülebilmektedir (1, 2). Vücudun

her yerinde olabilmekle birlikte, çoğunlukla büyük trokanter/kalça, uyluk, pelvis ve diz bölgesinde görüldüğü belirtilmektedir (7, 11). Olgumuzdaki lezyon literatürle uyumlu olarak sık görülen uyluk, kalça ve dizde tanımlanmıştır.

MLL'nin ayırıcı tanıları arasında hematoma, sarkoma, hemanjiom, seroma ve bursit bulunur. Literatürde MLL'nin tanısını koymada USG ve bilgisayarlı tomografiden ziyade, yüksek kontrast çözünürlüğü ve koleksiyonun altındaki fasyayla ilişkisini açıkça gösterebilmesi nedeniyle MRG'nin daha etkili olduğu belirtilmiştir (1-3, 7, 9, 12).

MLL lezyonunun boyutuna ve tanı zamanına bağlı olarak kompresyon bandajları, perkütan drenaj ve sklerozan madde enjeksiyonları ile tedavi edilebilir. Üzerine enfeksiyon eklenen komplike MLL'de antibiyotik kullanımı gerekebilmektedir (1, 11). Büyük, tekrarlayan veya uzun süre tedavi edilmediğinde oluşan fibröz kapsüllü lezyonlar olgumuzda olduğu gibi cerrahi olarak debride edilebilmektedir.

Klinik bulguların değişkenliği, cilt lezyonlarının derin doku yaralanmalarını maskeleyen gibi nedenlerle MLL tanısındaki gecikmeler lezyonun tanı, takip, tedavi yönetiminde artan zorluklara, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine ve adli tıbbi açıdan kaza ile lezyon arasında illiyet problemine neden olabilmektedir (1, 8, 11, 13, 14).

Ülkemizde TK sonrası maluliyet veya engellilik oranlarının tespiti için travmaya özgü bir cetvel bulunmamasıyla birlikte hastaların uğradıkları haksız fiilden kaynaklı hukuki tazminatlarının karşılığını belirlemek için halihazırda kullanılan birçok yönetmelik bulunmaktadır (15). Olgumuzun yaralanmasına bağlı sözkonusu TK ile illiyetli sekel değişiklikleri ilgili yönetmelik kapsamında değerlendirilmiştir.

4. Sonuç

MLL posttravmatik akut süreçte tanı koyulması zor olabilen nadir bir yaralanmadır. Travma öyküsü, diğer lezyonlardan ayıran klinik tablo ve görüntüleme özelliklerinin bilinmesi tanının erken ve doğru bir şekilde

konulmasında yararlı olabilir. MLL'nin erken teşhisi sayesinde noninvaziv tedavi yöntemleri gündeme gelerek, hem tekrarlama riski azaltılabilir hem de hastanın birden fazla işlem geçirmesi önlenir. Bu duruma adli tıbbi açıdan bakıldığında ise, süreç uzadıkça hastanın arıza düzeyinde veya klinik durumunda tıbbi değişiklikler görülebileceğinden, lezyonun farklı dönemlerinde yazılan raporlar arasında çelişki olabilecektir. Bu nedenle; dosya incelemesi sırasında olayla ilgili olarak düzenlenmiş tıbbi evrakın iyi analiz edilerek tespit edilen son arıza ile olayın illiyetinin belirlenmesi, tedavinin veya diğer bir deyişle iyileşmenin

tamamlanmasının ardından son durumu gösterir muayene ve tetkiklerin yapılması ya da yaptırılması gerekmektedir.

Teşekkür

Makalenin eleştirel incelenmesinde fikirleriyle destek veren Uzm. Dr. Harun Akkaya'ya teşekkür ederiz.

Bu çalışma 14-17 Ekim 2021 tarihleri arasında karma olarak gerçekleştirilmiş olan 2. Uluslararası ve 18. Ulusal Adli Bilimler Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur

KAYNAKLAR

1. Singh R, Rymer B, Youssef B, et al. The Morel-Lavallée lesion and its management: A review of the literature. *J Orthop.* 2018;15:917-21.
2. Gummalla KM, George M, Dutta R. Morel-Lavallee lesion: Case report of a rare extensive degloving soft tissue injury. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2014;20:63-5.
3. Labied M, Salam S, Jabri S, Laoudiyi D, Chbani K, Ouzidane L. Morel-Lavallee Syndrome: A Rare Tumefactive Lesion. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2020 Oct 6;7:001910.
4. Nickerson T, Zielinski M, Jenkins D, et al. The Mayo Clinic experience with Morel-Lavallée lesions: Establishment of a practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76:493-7.
5. Tejwani S, Cohen S, Bradley J. Management of Morel-Lavallee lesion of the knee: Twenty-seven cases in the national football league. *Am J Sports Med.* 2007;35:1162-7.
6. Zecha P, Missotten F. Pseudocyst formation after abdominoplasty-extravasations of Morel-Lavallée. *Br J Plast Surg.* 1999;52:500-2.
7. Hussein K, White B, Sampson M, et al. Pictorial review of Morel-Lavallée lesions. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2019;63:212-5.
8. Kaya A, Goksen ME, Ata U, et al. The importance of morel-lavallee lesion in medicolegal evaluation: A case report. *Medicine Science.* 2017;6:582-4.
9. Porter D, Conley J, Ashurst J. Morel-Lavallée lesion following a low-speed injury: A case report. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2020;4:642-4.
10. Dodwad S, Niedermeier S, Yu E, et al. The Morel-Lavallée lesion revisited: management in spinopelvic dissociation. *Spine J.* 2015;15:45-51.
11. Cruz N, Jiménez R. Morel-Lavallée lesion diagnosed 25 years after blunt trauma. *Int J Surg Case Rep.* 2021;81:105733.
12. Volavc TS, Ruprecht M. MRI of the Morel-Lavallée lesion-a case series. *Radiol Oncol* 2021;55:268-73.
13. Muneer M, El-Menyar A, Abdelrahman H, et al. Clinical Presentation and Management of Pelvic Morel-Lavallee Injury in Obese Patients. *J Emerg Trauma Shock.* 2019;12:40-7.
14. Demircan MR, Doğan KH, Demirci Ş. Bir künt travmatik lezyon olarak Morel-Lavallee lezyonu. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med.* 2021;18:100-4.
15. Garbioğlu A Evaluation of conflicts and manner of approach diversties among impairment reports of Forensic Medicine General Assembly of Council of Forensic Medicine of Turkey (Unpublished Dissertation). The Council of Forensic Medicine, Istanbul. (2018).