

Kasık Fıtığı Kesesindeki Bride Bağlı Gelişen Barsak Perforasyonu

Inguinal Hernia Due to a Band Adhesion Within the Hernial Sac

Murat Çakır, Ebubekir Gündeş

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., Konya

Özet

Kasık fıtığı onarımı cerrahide sık uygulanan işlemlerden biridir. Boğulmuş kasık fıtığı, Dünya genelinde cerrahların karşılaştığı en sık ölüme yol açan cerrahi acillerden biridir. Kasık fıtığında en nadir boğulma nedeni omental bant yapışıklığına bağlı meydana gelir. Biz omental bant yapışıklığına bağlı fıtık kesesi içinde ince barsak tıkanıklığı ve perforasyona neden olmuş boğulmuş kasık fıtığı olgusunu sunduk.

Anahtar kelimeler: Kasık fıtığı, brid, delinme

Abstract

Inguinal hernia repair surgery is one of the most common procedures. Strangulated inguinal hernia is one of the most widely performed surgical emergencies dealt with by surgeons worldwide. Uncommonly, strangulation of the contents can occur due to other causes like omental band adhesion. We reported a rare case of strangulated inguinal hernia, brought about by an omental band adhesion, causing closed loop small bowel obstruction and perforation within the hernial sac in the inguinal canal.

Key words: Inguinal hernia, adhesion, perforation

GİRİŞ

Kasık fıtığı tüm karın duvarı fıtıklarının %75'ini oluşturur. Etiyolojisi tam olarak anlaşılmasına rağmen birçok etkenin rol oynadığı kabul edilmektedir (1,2). Kasık fıtığının en ciddi komplikasyonu inkarserasyon ve boğulmadır. Fıtık içeriğinde boğulma gelişmesi acil cerrahi müdahale gerektirir. Cerrahi müdahalede gecikme ölümlerle sonuçlanacak komplikasyonlara yol açabilir. Daha önce literatürde saptamadığımız kasık fıtığı kesesi içindeki banda bağlı gelişen ince barsak tıkanıklığı ve perforasyonunu sunmak istedik.

OLGU

Sekiz yıldır kasık fıtığı olan 61 yaşında erkek hasta, 10 gündür redükte edilemeyen fıtık, giderek artan karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama şikâyeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde; karında distansiyon, yaygın hassasiyet, sol kasık bölgesinde redükte olmayan fıtığı mevcuttu. Barsak sesleri artmış olup rektal muayenede ampulla rekti boştu. Laboratuvar testlerinde lökosit sayımı 15000/mm³, üre 150 mg/dL, kreatinin 2.1 mg/dL idi. Ayakta direk karın grafisinde ince barsak düzeylerinde çok sayıda hava-sıvı seviyeleri vardı (Şekil 1).

Hasta boğulmuş kasık fıtığı tanısıyla acil şartlarda genel anestezi altında ameliyata alındı. Ameliyatta fıtık kesesi içerisinde banda bağlı ince barsak obstrüksiyonu ve perforasyon izlendi (Şekil 2). Karın içeriğinin kirli olması nedeniyle laparotomi yapıldı. İnce barsağın perfore olduğu alandan ileostomi yapıldı. Karın içerisi serum fizyolojikle yıkandı ve dren yerleştirildi. Fıtık alanına Bassini onarımı yapıldı. Postoperatif takiplerde cerrahi alan enfeksiyonu gelişmedi. Hasta postoperatif 5. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Üç ay sonra ileostomisi kapatıldı.

TARTIŞMA

Kasık fıtığı sık görülen bir problemdir ve bazen alışılmamış yapıları içermesiyle cerrahları şaşırtabilir (2,3). İçerdiği bu yapılardan dolayı cerrahi müdahalede problemlere yol açabilir. Fıtık kesesi içerisinde tüm karın içi organların varlığı bildirilmiştir (4). Hastamızda redükte edilemeyen ve akut karın bulgularına yol açmış komplike kasık fıtığı tespit ettik. Redükte edilemeyen fıtıklar nadiren tanıda zorluğa yol açabilir. Ayırıcı tanıda kasık bölgesindeki lenfadenopatiler, spermatik kordon kistleri, inmemiş testis ve lipomlar düşünülmelidir. Tanıyı doğrulamada ultrasonografi genelde yeterli olmakla beraber, fıtık içeriğinin anatomik yapısını belirlemede bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemeleri daha faydalı olabilmektedir. Komplikasyon gelişirse tanı zorlaşır ve tedavi yaklaşımı daha karmaşık bir durum alır. Boğulmuş fıtığın tanısı nispeten daha kolaydır. Ancak inkarserasyonun kesin tanısı ancak cerrahi eksplorasyon sırasında konulabilir, çünkü barsak canlılığı ile klinik bulgular arasında anlamlı bir ilişki yoktur (5). En sık inkarsere olan organlar sırasıyla ince barsaklar, omentum ve kolondur. Abdominal duvar fıtıklarının yaklaşık %5-35'inde boğulma nedeniyle acil cerrahi gerekmektedir (6). Ayrıca boğulmuş karın duvarı fıtıklarının %10-15'inde nekroz nedeniyle intestinal rezeksiyon gerekebilir (7). Olgumuzda yaygın peritonit olduğu için rezeksiyon sonrası anastomozu düşünmedi. Perfore olan kısımdan ileostomi yapıldı. Karın içerisini serum fizyolojik ile yıkanarak dren yerleştirildi.

Boğulmuş kasık fıtığı nedeni dar olan fıtık kesesi boynu olabilir. Dar boyundan geçen intestinal organlar önce inkarsere olur ardından da vasküler yapısı bozulur. Ancak nadiren boğulma nedeni omental band adezyonu gibi sıra dışı durumlar olabilir (8). Periton içerisine yerleşmiş ve ince barsak obstrüksiyonuna sebep olan adezyon band iyi bilinen bir patolojidir. Adezyon band daha önce geçirilmiş operasyonlara, karın içi

Şekil 1. Ayakta direkt karın grafisi

inflamasyona bağlı olabileceği gibi konjenital de olabilir. Bizim vakamızda geçirilmiş operasyon ya da intraabdominal infeksiyon hikâyesi olmadığı için mevcut band adezyonunun konjenital olduğu düşünüldü. Birçok vakada adezyon intraabdominal alanda oluşur ve fitik kesesi içerisine uzanır. Olgumuz da fitik kesesi içerisinde oluşan banda bağlı barsak tıkanıklığı gelişmişti. Dolayısıyla, literatürde çok nadir görülen bir durum olduğunu tespit ettik. Benzer olgularda sadece tıkanıklık var iken bizim olgumuzda perforasyonda oluşmuştur.

Kasık fıtığı onarımında birçok yöntem tarif edilmiştir. Poliprolen mesh hernioplasti elektif fitikta olduğu gibi boğulmuş fitiklarda da kabul edilebilir düşük postoperatif komplikasyon oranları ve iyi sonuçlar ile uygulanabilir (9). Elsebae ve ark. (10) boğulmuş fitiklarda yaptıkları çalışmada komplikasyonlar açısından Bassini ve mesh onarımı karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak boğulmuş fitiklarda mesh onarımının

düşük komplikasyon ve rekürrens oranları nedeniyle önermektedirler. Ancak perforasyon olması nedeniyle biz mesh ile onarım yerine Bassini onarımını kullandık. Postoperatif takiplerde cerrahi alan infeksiyonu görülmedi.

Sonuç olarak; kasık fıtığı içerisinde oluşan adezyon ve bandların stragülasyon ve intestinal perforasyona neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Neumayer LA, Gawande AA, Wang J, et al. Proficiency of surgeons in inguinal hernia repair: effect of experience and age. *Ann Surg* 2005; 242:344-8.
2. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydın R. Uncommon content in groin hernia sac *Hernia* 2006; 10 (2):152-5.
3. Ballas K, Kontoulis TH, Skouras CH, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia* 2009; 13(3):169-71.
4. Oruc MT, Kulah B, Saylam B, Moran, Albayrak I, Coskun F. An unusual presentation of metastatic gastric cancer found during inguinal hernia repair: case report and review of literature. *Hernia* 2002; 6(2):88-90.
5. Sakorafas GH, Peros G. Obstructing sigmoid cancer in a patient with large, tender non-reducible inguinal hernia: the obvious diagnosis is not always the correct one. *Eur J Cancer Care* 2008; 17(1):72-3.
6. Derici H, Unalp HR, Bozdog AD, Nazli O, Tansug T, Kamer E. Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall hernias. *Hernia* 2007; 11:341-6.
7. Andrabi SIH, Pitale A, El-Hakeem AS. Diverticular abscess presenting as a strangulated inguinal hernia: case report and review of the literature. *Ulster Medical J* 2007; 76(2):107-8.
8. Nachimuthu S, Gergely S. Strangulated inguinal hernia due to an omental band adhesion within the hernial sac: a case report. *Cases J* 2009; 2(1):21-3.
9. Machado NO, Machado NN. Unusual contents of inguinal hernia sac. An approach to management. *Surg Sci* 2011; 2:322-5.
10. Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: A controlled randomized study. *Int J Surg* 2008; 6(4):302-5.

Şekil 2. Ameliyat görüntüsü