

Appendiks Mezosu İçinden Oluşmuş Internal Herni (vaka takdimi)

İsmail SOYUBOL
Sadık PEREK
Yılmaz AKGÜN
İ. Sani KİRAZ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi (Diyarbakır) ve
İstanbul Oniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (İstanbul)
Genel Cerrahi Anabilim Dalları

HERNIATION THROUGH MESOAPPENDIX:
A RARE VARIETY OF INTERNAL HERNIATION
CAUSING INTESTINAL OBSTRUCTION

Geliş Tarihi: 5 Haziran 1985

ÖZET

Appendiks mezosu içinden fıtıklaşma, abdominal internal kern ilerin çok nadir görülen bir çeşididir. Dicle üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1969 yılından günümüze kadar saptadığımız bir appendiks mezosu içinden oluşmuş internal herni vakası nedeniyle literatürü gözden geçirdik. Aynı dönemde kliniğimizde toplam 15 iç fıtık olgusu ve 1236 barsak tıkanması olgusu saptanmıştır. Appendiks mezosunun kongenital ya da sonradan olma defektlerinden gelişen bu fıtığın ameliyat öncesi tanısı çok güçtür. Eğer fıtıklaşan barsak onlarında nekroz yoksa appendektomi yeterli bir tedavidir.

Anahtar kelimeler: Internal herniler, iç fıtıklar, appendiks mezosu

SUMMARY

Herniation through mesoappendix is a rare variety of internal hernia. We have encountered only one such case in the surgical clinic of the Medical Faculty of Dicle University since 1969. In same period, 15 internal hernias and 1236 intestinal obstructions had been diagnosed. The preoperative diagnosis of this condition which develops through a congenital or acquired defect in the mesoappendix is extremely difficult. Appendectomy after reduction of the herniated intestinal segment if its viability is not altered is the preferred therapy.

Key words: Internal herniation, mesoappendix

T Kİ Tıp Bil Araştırma Der C3.S.4, 364-366,1985

T J Research Med Sei V.3, N.4, 364-366, 1985

"internal", "intraabdominal" veya "intra-peritoneal" fıtıklar barsak arışlarının veya omentumun anatomik olarak varolan karın arka duvanndaki çukurlara (Retro-peritoneal bölge), barsak mezoları arasında olan açıklıklara veya ameliyatlardan sonra meydana gelen halkalara geçmesi sonucu oluşurlar. Bunların arasında periçekal herniler sınıfına sokulan appendiks mezosunun doğumsal ya da sonradan oluşan defektlerinden barsak anslarının geçmesi sonucu ortaya çıkan fıtıklar oldukça nadirdir (1, 2, 5, 10).

Vaka Bildirisi

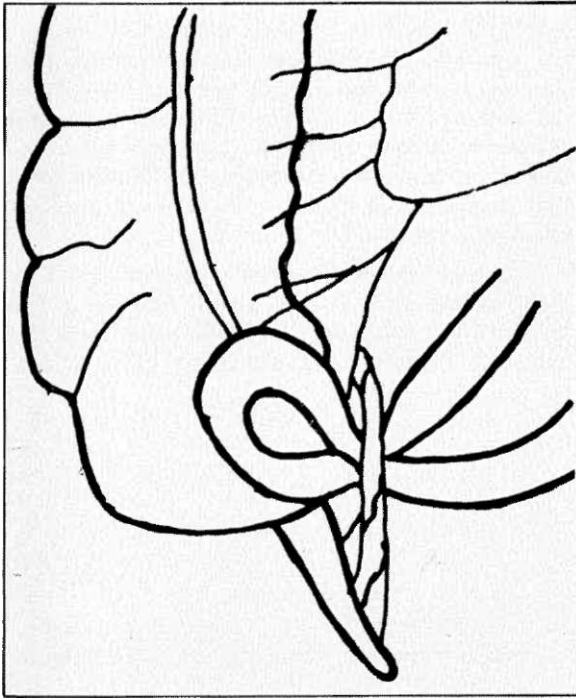
S.E., 60 yaşında, erkek. Dosya No: 079959

3.4.1985 tarihinde 4 gün evvel başlayan bulantı, kusma, karın ağrısı, gaz ve gaita çıkaramama şikayetleriyle müracaat etti. Muayenesinde, kann distandü, palpasyonla ağrılı bulundu. Defans muskuler mevcut olup, oskültasyonla barsak sesleri artmış olarak tesbit

edildi. Rektal tuşede ampulla boş, prostat hipertrofikti. T.A. 100/70 mmHg, Nabız 94/dk ve zayıftı. Diğer sistemlerde bir patoloji saptanmadı. Eritrosit 3620000, lökosit 8000, hemoglobin % 69 olarak bulundu. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tıkanmasına ait hava-sıvı seviyesi mevcuttu (Şekil-3). Bu bulgularla hasta mekanik ileus tanısı konarak yatırıldı ve aynı gün 348 ameliyat protokolü ile ameliyata alındı. Eksplozasyonda appendiksin gangrene olduğu ve ileumun ileoçekal valvden 50 cm uzaklıktaki bölümüne yapıştığı tesbit edildi. Yapışıklık ayrıldı. İleumun ileoçekal valvın 5 cm proksimalinden başlayarak 15-20 cm uzunluğundaki bölümün, appendiks mezosundan fıtıklastığı ve boyun kısmının pasajı tam tıkayacak kadar dar olduğu, fıtıklaşan barsak ansının iskemik ve bu bölgenin proksimalindeki ince barsak anslarının ileri derecede genişlediği görüldü (Şekil-1, 2). Appendiks mezosu bağlanarak kesildi. Fıtıklaşan barsak ansının normale döndüğü ve bes-



Şekil - 1



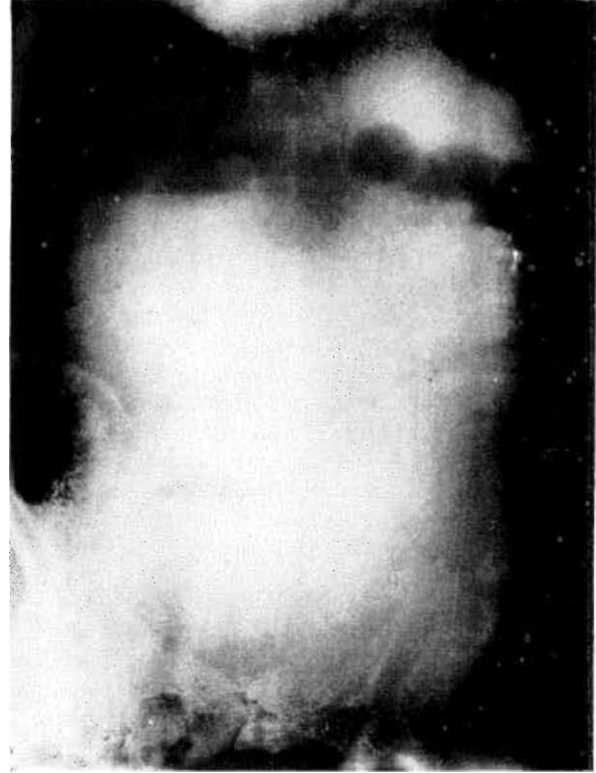
Şekil - 2

lenmesinin düzeldiği tesbit edildi. Appendektomi yapıldı. Dekompresyon sağlandı ve ameliyata son verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeden, hasta, 12.4.1984 tarihinde taburcu edildi.

TARTIŞMA

İk transmezenterik herni 1836'da Rokitansky tarafından bir otopside tesbit edilmiştir. Bu olgu ileoçekal köşedeki defekten oluşmuştur (1, 6).

Internal herniler tüm barsak tıkanmalarının % 0,2-0,9'unu teşkil eder. internal hernilerinde tak-



Şekil - 3

riben % 1,78'ini transmezenterik fıtıklar oluştururlar. Mezenterik defektlerin % 70'i ince barsak mezenterinde olup bunların da takriben % 53'ü ileoçekal bölgededir. Mezokolik defektler ise % 28 oranında görülür. Geri kalan % 2'lik bölümünü appendiks mezosu ve mekkel divertikülü mezosu defektleri teşkil etmektedir. Transmezenterik defektler her yaş ve cinstе görülür. Yayınlanan olgulardan transmezenterik fıtıkların 0-88 yaş arasında görüldüğü saptanmıştır (1, 2, 5, 6, 8, 9, 10). Transmezenterik herniasyonda % 87 oranında ince barsağın, % 5 oranında midenin fıtıklaştığı görülmüştür.

Barsak mezosunda defekt oluşması şu hallerde olmaktadır (1, 4, 6, 7, 8, 9, 10):

1. Dorsal mezenterin kısmi olarak gerilmesi, yetersiz vaskülarize bir alanda gelişim sırasındaki büyümede pencere oluşması, fetal hayatta, ileoçekal raenteride çekumun inişi ve ileumun hızlı uzaması nedeniyle defekt oluşması gibi doğumsal nedenler.

2. Travma

3. Yangı

4. Uzun mezenterli kişilerde uygunsuz barsak hareketleriyle defekt oluşması.

Bu defekt çoğunlukla tektir. Ancak bazı olgularda tüm mezenteriy tuttuğu ve barsak duvarına kadar

eriştiği gözlenmiştir (4, 7). Bizim olgumuzda defekt appendiks mezosunda olup yaklaşık 3 cm çapında idi.

Appendiks mezosundan fitikleşme her zaman belirti vermeyebilir. Semptomsuz oldukları zaman ya başka bir ameliyat esnasında veya otopside tesbit edilirler. Karın ağrısı, kusma, karın şişkinliği, gaz ve gaita çıkışının durması başlıca belirtiler olup belirtilerin şiddeti obstruksiyonun tam ya da kısmi olmasına bağlıdır. Ağrı genellikle kolik tarzında olup şiddeti ve yeri fitikleşen barsak ansının miktarına, yerine ve defektin genişliğine bağlıdır. Ancak birçok olguda ağrı başka olaylara yorumlanır. Epigastrik ve paraumbilikal bölgede şiddetli başlayan ve giderek yayılan ağrı transmezenterik herniler için karakteristiktir. Hastaların büyük çoğunluğu barsak tıkanması belirtileriyle kliniğe başvurur. Hastaların muayenelerinde karında duyarlılık, barsak seslerinde artma, fitik büyük olduğunda lokalize kitle, distansiyon, rebound ve muskuler defans saptanır (1, 2, 8, 9, 10). Bizim olgumuz da kliniğimize barsak tıkanması nedeniyle müracaat etmişti.

Appendiks mezosundan fitikleşmada ameliyat öncesi tanı oldukça güçtür. Bioşimik tetkikler tanı açısından pek değerli sonuç vermez. Ancak akut barsak tıkanmalarının tümünde olduğu gibi lökositoz ve hemokonsantrasyon görülebilir. Ayakta çekilen direkt batın grafilerinde hava-sıvı seviyeleri görülür. Eğer bu durumdaki hasta daha evvel ameliyat geçirmemişse internal herniden şüphe etmelidir. Ağızdan ya da lav-

manla baryum verilerek çekilen ince ve kalın barsak grafileri oldukça faydalı sonuçlar verir. Appendiks mezosundan daha ziyade ileum ansı fitikleştikten sonra direkt batın grafilerinde ince barsak tıkanmasına ait görünüm elde edilir. Ameliyat öncesi tanıda oldukça faydalı olan bir yöntem de selektif mezenterik anjiyografi'dir. Bu yöntemle mezenterdeki defekt ortaya konabilmektedir. Bu nedenle nedeni açıklanamayan kolik tarzındaki karın ağrılarında selektif mezenterik anjiyografi yapılması önerilmektedir (1, 3, 6, 8, 9, 10).

Transmezenterik hernili kişilerde herni ile birlikte ince barsak atrezisi, kistik fibrozis, tamamlanmamış rotasyon, intestinal duplikasyon, Hirschprung hastalığı gibi konjenital anomaliler de olabilir (10).

İleo-çekal mezodan ve appendiks mezosundan gelişen fitiklerde genellikle akut apandisit tanısı konmaktadır (8, 10).

Appendiks mezosundan oluşan fitiklerde appendektomi uygulanmalıdır. Böylece fitikleşen ince barsak ansı serbest kalmış olur. Fitikleşen ince barsak ansının beslenmesi normal ise herhangi bir işlem yapılmaz. Ancak boğulmadan dolayı beslenmesi bozulmuş barsak ansına rezeksiyon uygulanmalı ve uç-uca anastomoz yapılmalıdır (1, 6, 8, 9).

Transmezenterik hernilerde yaklaşık % 50 oranında gangren, % 14 oranında da volvulus görülür. Gangren ve volvulus gibi komplikasyonlar gelişen olgularda % 50 mortalite saptanmıştır (10).

KAYNAKLAR

1. Bertelsen S: Mesenteric Hernie, NYIIUS, L.M. (Yayıncı): Hernia, 2. baskı, J.B. Lippincott Cora. Philadelphia, s. 485-487, 1978.
2. Cebeci II, O Alver: 1952-1976 yılları arasında kliniğimizde görülen iç fitik olguları. Cerr. Tıp Fak. Der., 8: 53-60, 1977.
3. Cohen AM, S Patel: Artériographie findings in congenital transmesenteric internal hernia. A.J.R. 133: 541-543, 1979.
4. Detrie P: Nouveau Traite de Technique Chirurgicale, Tome: IX, Masson et Cie, Paris, 387-396, 1967.
5. Ghahremani GG: Internal abdominal hernias. Surg. Clin, of North Amer., 64:393-406, 1984.
6. Janin Y: Mesenteric hernia. Surg. Gynecol. Obst., 150:747-754, 1980.
7. Oueni J, et al.: Operations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. Masson et Cie, 1140-1152, Paris, 1967.
8. Rooney JA, JP Carroll and JL Keeley: Internal hernias due to defects in the mesoappendix and mesentery of small bowel and probable Iwemark Syndrome, Ann. Surg., 157:254-258, 1963.
9. Tireli M, İ Alev: Çok ender görülen bir iç fitik olgusu (Doğmalık intramesenterik herni), Cerr. Tıp Fak. Bült., 10:38-41, 1977.
10. Yüceyar S: İç Fitikler, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1984.