

Sol Paraduodenal Herni

Left Paraduodenal Hernia: Case Report

Kazım GEMİCİ,^a
Ahmet OKUŞ,^a
Bilal ARIK,^b
Türker ACAR,^b
Duran EFE^b

^aGenel Cerrahi AD,
^bRadyoloji AD,
Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Konya

Geliş Tarihi/Received: 22.05.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 15.10.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Kazım GEMİCİ
Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Konya,
TÜRKİYE/TURKEY
drkazimgemici@hotmail.com

ÖZET Paraduodenal herni, bir konjenital internal herni olup, embriyonel gelişimin 5. ve 11. haftaları arasında meydana gelen rotasyon anomalisinden kaynaklanır. Sol paraduodenal herni, sağdakine göre üç kat daha sık görülür. Paraduodenal herni konjenital bir proplem olmasına rağmen semptomlar genellikle dördüncü ve altıncı dekada ortalama 38,5 yaşlarında ortaya çıkar. Erkek kadın oranı 3:1'dir. Semptomlar genelde nonspesifiktir ve tanıda en önemli yardımcı tanı aracı bilgisayarlı tomografidir. Semptomlar arasında tekrarlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve kilo kaybı sayılabilir. Barsak obstrüksiyonunun devam etmesiyle inkarasyon, strangülasyon meydana gelir ve sonuç olarak akut batın tablosu ortaya çıkar. Acil vakalarda tanı, genelde operasyon esnasında konur. Bu hastalığın cerrahi tedavisinde herni kese ağzının sütürlerle kapatılması yeterlidir. Biz bu çalışmada, tekrarlayan ileus atakları ile kabul edilen bir paraduodenal herni olgusunun, tanı ve tedavi yönetimini, literatür bilgileri ışığında tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Karın; herni; intestinal obstrüksiyon; ölüm oranı

ABSTRACT Paraduodenal hernia is a congenital internal hernia caused by the rotation anomaly occurred between fifth and eleventh week of embryonic development. Left paraduodenal hernia, occurs three times more than the right. Although paraduodenal hernia is a congenital problem, symptoms occurs usually in the 4th and 6th decade of life with an average age of 38.5. Male and female ratio is 3:1 The symptoms are usually non-specific and computed tomography is the most important diagnostic tool that helps diagnosis. Symptoms include recurrent abdominal pain, nausea, vomiting and weight loss. With continued bowel obstruction incarceration, strangulation occurs and as a result an acute abdomen emerges. In case of emergency, diagnosis is usually made during the operation. In the surgical treatment of this disease, the closure of the mouth of the hernia sac with sutures is enough. In this study, we aimed to discuss diagnostic and treatment management of paraduodenal hernia in a case who was admitted with recurrent episodes of ileus in the light of the literature.

Key Words: Abdomen; hernia; intestinal obstruction; mortality

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(4):393-6

Paraduodenal herni (PDH), bir internal herni olup ince barsağın, duodenum dördüncü kısımdan kaudala doğru kaymasıyla meydana gelir. İlk kez 1857 yılında Treitz tarafından tanımlanmıştır.¹ PDH nadir görülmesine rağmen, konjenital internal hernilerin %25-53 ile en sık görülen şeklidir.² PDH'ler embriyonel gelişim sırasında midgut'un mal rotasyonu sonucu treitz'in etrafında gelişen boşluklardan gelişir.³ Sol PDH Landzert'in paraduodenal fossası içinde yer alır ve tüm vakaların %40'ından

doi: 10.5336/caserep.2014-40593

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

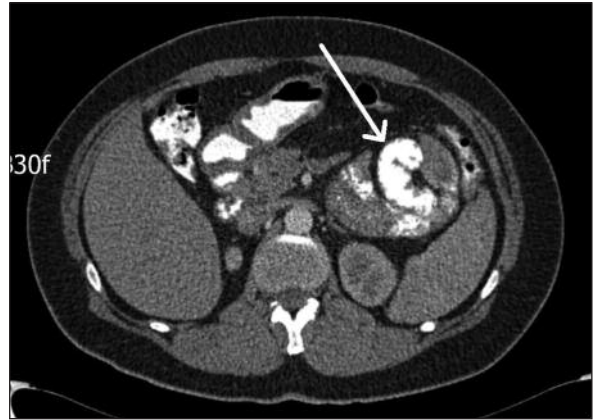
sorumludur.⁴ PDH'ler en sık hayatın dördüncü ve altıncı dekadında görülmektedir.⁵ Bulgular ve semptomlar genelde nonspesifiktir.⁶ Superior mezenterik arter sol PDH kese ağzının serbest kenarını oluşturur. Tıkanmanın akut döneminde superior mezenterik artere olan basıdan dolayı barsaklarda gangren meydana gelebilir.⁷ Bu çalışmada, bir PDH olgusunun tanı ve tedavi yönetimi, literatür verileri eşliğinde irdelenmiştir.

OLGU SUNUMU

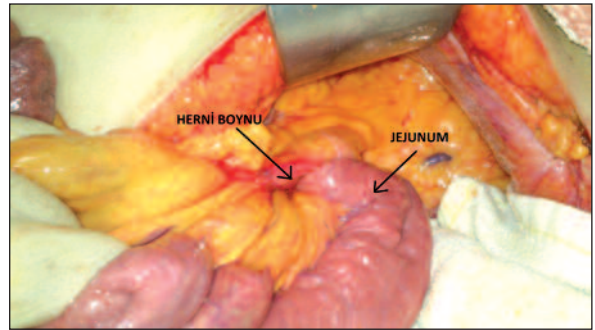
Kırk beş yaşında kadın hasta, acil servise karın ağrısı bulantı ve kusmayla başvurdu. Hasta son iki ay içinde benzer şikâyetlerle üç kez acil servise başvurmuş (başka hastane), iki kez hastanede yatmıştı. Şikâyetleri gerileyen hasta taburcu edilmiş. Hasta aynı şikâyetlerle bir ay önce acil servise başvurdu. Kliniği ileus ile uyumlu ve görüntüleme invazyon şüphesi olan hasta hastaneye yatırıldı ve operasyon önerildi. Klinikte şikâyetleri azalan hasta operasyonu kabul etmedi ve taburcu edildi. Hasta aynı şikâyetlerle bir hafta önce acil servise tekrar başvurdu ve ileus ön tanısıyla tekrar hastaneye yatırıldı. Ek hastalığı olmayan hastanın kolelistektomi hikâyesi mevcut idi. Vital bulgular normal olup, fizik muayenede epigastrik ve sol üst kadranda hassasiyet mevcut idi. Defans ve rebound tendernes yoktu. Palpasyonda sol üst kadranda dolgunluk hissi mevcuttu. Laboratuvar bulgularından lökosit: 13 500/mm³, CRP: 44 mg/L olup, bunun dışında diğer laboratuvar bulguları normaldi. Çekilen direkt batın grafisinde epigastrik bölgede hava-sıvı seviyesi tespit edilmedi. Bilgisayarlı tomografide (BT) sol üst kadranda bir araya toplanmış jejunal anslar dikkati çekmekte idi ve proksimaldeki anslarda dilatasyon ve artmış duvar kalınlığı izlenmekte idi (Resim 1).

Hasta, kliniğinin düzelmemesi üzerine operasyona alındı. Duodenum dördüncü kısım treitz'in solunda paraduodenal peritoneal poş tespit edildi. Bu poşun içine jejunum anslarının girip sıkışmış olduğu gözlemlendi (Resim 2). Jejunal anslar çekilerek herni kesesi boşaltıldı (Resim 3).

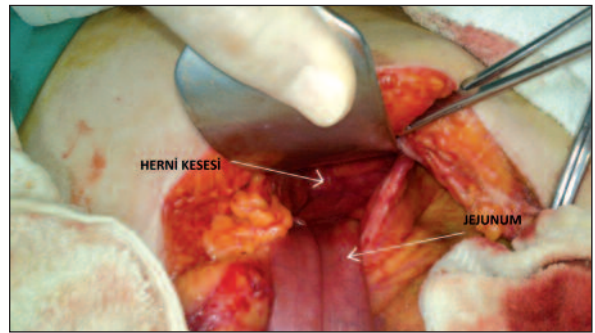
Barsak anslarında beslenme bozukluğu yoktu. Sol PDH orifisi, duodenu jejunal segmente aralıklı



RESİM 1: Aksiyel kontrastlı BT görüntüsünde batın sol üst kadranda torsi-yone olmuş jejunal anslar (beyaz ok) izlenmekte.

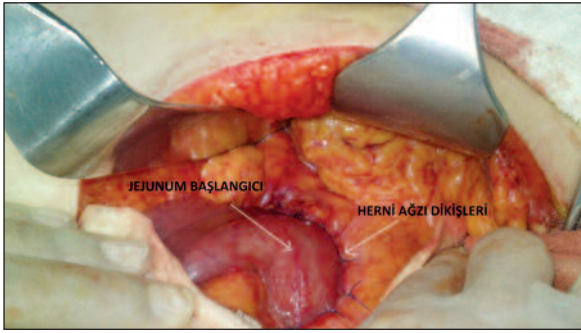


RESİM 2: Sol paraduodenal herniye ince barsak girmiş.



RESİM 3: Herni kesesinin boşaltılması.

tek dikişler konarak (2/0 polyglaktin) kapatıldı (Resim 4). Diğer batın içi organlar makroskopik olarak normaldi. Batın katları anatomik planda kapatıldı. Postoperatif birinci gün oral gıda başlandı ve üçüncü gün gaz gaita çıkışı olan hasta, dördüncü gün sorunsuz şekilde taburcu edildi.



RESİM 4: Paraduodenal herni operasyon sonu görüntüsü.

TARTIŞMA

İnternal herniler tüm barsak tıkanmalarının %0,2-0,9'undan sorumludur. İnternal hernilerin %53'ünü PDH, %13'ünü pericekal herni, %8'ini formen win-slow, %8'ini trans mezenterik-mesokolik herniler, %6'sını intersigmoidal herniler ve %5'ini retroanostomotik herniler oluşturur.⁴ PDH konjenital olmasına rağmen semptomlar genelde dördüncü ve altıncı dekada ortalama 38,5 yaşında ortaya çıkar. Sol PDH'ler sağ PDH'lerinden üç kat daha sık görülür. Erkek kadın oranı 3:1'dir.⁵ Son 10 yılda internal herniyle ilgili yayımlanmış yazılarda inflamatuvar barsak hastalığı, eksternal herni ve önceki operasyon hikâyesi olamayan hastalarda, internal herniden şüphelenmek gerektiği vurgulanmaktadır.⁸ PDH bulunan hastalarda belirsiz abdominal ağrı, bulantı, kusma ve kilo kaybı olabilir. Barsak tıkanmasının devam etmesiyle inkarserasyon ve strangülasyon meydana gelebilir. Postprandial ağrılar, hasta supin pozisyonu aldığı anda azalır. Fizik muayenede genellikle abdominal hassasiyet, distansiyon, bazen abdominal kitle gibi nonspesifik bulgular tespit edilir. Sürekli şikâyeti olan düzelmeyen hastalarda PDH'den şüphelenmek gerekmektedir. Acil durumlarda tanı genelde operasyon esnasında konur.⁶ PDH'ler inkarserasyon ve strangülasyon nedeniyle %20-50 hayati riske sahiptir.⁹

PDH ile ilgili en kabul edilen teori 1923 yılında Andrews tarafından ortaya atılmıştır. Bu teoriye göre PDH'ler gestasyonel gelişimin 5-11. haftasında rotasyon anomalisine bağlı olarak gelişmektedir.¹⁰

PDH'li hastaların bulguları nonspesifiktir bu yüzden tanıda BT ilk seçilecek görüntüleme yöntemlerinden biri olmalıdır. BT'de pankreas ile mide arasında kümelenmiş ince barsak loblarına ait görüntü spesifiktir.^{2,11} Herniye olan kapalı ince barsak lopları BT'de yumuşak dokuyla karışmakta ve yanlışlıkla biyopsi alınması, barsak perforasyonuna neden olabilmektedir.¹²

PDH'lerin %50'si barsak tıkanmasına neden olduğu için tespit edildiklerinde cerrahi olarak onarılmalıdır.¹³ Operasyon sırasında herni kesesinin tamamen alınması, superior mezenterik arter ve dallarının yaralanma ihtimalinden dolayı tavsiye edilmez. Uzman ellerde bu hastalığın tedavisinde laparoskopik onarım güvenle yapılabilmektedir. Büyük hernilerin onarımında mesh kullanılabilir. Herni boynundaki darlık, içeriğinin reduksiyonuna izin vermediğinde, inferior mezenterik damarların serbestleştirilmesi gerekebilir.¹⁴ Redüksiyonun zor olduğu durumlarda inferior mezenterik damarların sağından, herni kesesinin avasküler bir alanından insizyon yapılabilir.² PDH onarımında basit herni cerrahisi prensipleri geçerlidir; bunlar içeriğin reduksiyonu, normal anatomiye sağlama ve defektin onarımını içermektedir.⁶ Defektin onarılmadığı durumlarda orifisi çevre dokulara zarar vermeden genişletmek ilerideki herni rekürrensini önleyebilir.¹³

PDH'ler ileusun nadir bir nedenidir. Direkt grafi her zaman yardımcı olmayabilir. En etkin tanı metodu BT'dir. Belki de tanıda görüntüleme daha önemli olan, PDH olasılığını düşündüren klinik şüphedir. Tedavide çevre vasküler yapıları zarar vermeden herni kesesinin ağzının basitçe kapatılması yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Manfredelli S, Andrea Z, Stefano P, Giovanni L, Maria M, Angelo F, et al. Rare small bowel obstruction: Right paraduodenal hernia. Case report. *Int J Surg Case Rep* 2013;4(4):412-5.
2. Brigham RA, Fallon WF, Saunders JR, Harmon JW, d'Avis JC. Paraduodenal hernia: diagnosis and surgical management. *Surgery* 1984;96(3):498-502.
3. Berardi RS. Paraduodenal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1981;152(1):99-110.
4. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):703-17.
5. Khan MA, Lo AY, Vande Maele DM. Paraduodenal hernia. *Am Surg* 1998;64(12):1218-22.
6. Yun MY, Choi YM, Choi SK, Kim SJ, Ahn SI, Kim KR. Left paraduodenal hernia presenting with atypical symptoms. *Yonsei Med J* 2010;51(5):787-9.
7. Türk E, Tander B. Acute abdomen caused by strangulated right paraduodenal hernia in a child: Case report. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2010;19(4):343-6.
8. Takagi Y, Yasuda K, Nakada T, Abe T, Matsuura H, Saji S. A case of strangulated transomental hernia diagnosed preoperatively. *Am J Gastroenterol* 1996;91(8):1659-60.
9. Tong RS, Sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. *ANZ J Surg* 2002;72(1):69-71.
10. Dritsas ER, Ruiz OR, Kennedy GM, Blackford J, Hasl D. Paraduodenal hernia: a report of two cases. *Am Surg* 2001;67(8):733-6.
11. Huang YM, Chou AS, Wu YK, Wu CC, Lee MC, Chen HT, et al. Left paraduodenal hernia presenting as recurrent small bowel obstruction. *World J Gastroenterol* 2005;11(41):6557-9.
12. Wachsberg RH, Helinek TG, Merton DA. Internal abdominal hernia: diagnosis with ultrasonography. *Can Assoc Radiol J* 1994;45(3):223-4.
13. Olazabal A, Guasch I, Casas D. Case report: CT diagnosis of nonobstructive left paraduodenal hernia. *Clin Radiol* 1992;46(4):288-9.
14. Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Anand NV, Senthilkumar K. Laparoscopic management of paraduodenal hernias: mesh and mesh-less repairs. A report of four cases. *Hernia* 2008;12(6):649-53.