

Nadir bir ileus nedeni: Paraduodenal herni

Ahmet Tekin, Mustafa Şahin, Tevfik Küçükkartallar, Adnan Kaynak

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç: İnternal herniasyonlar ince barsak obstrüksiyonlarının yaygın olmayan nedenlerden biridir. Paraduodenal herniler en yaygın internal herniasyon tipidir. Yüksek mortaliteyle seyrettiği için erken ve doğru tanı önemlidir. Fizik muayenede spesifik bulgularının olmaması nedeniyle preoperatif tanı güçlkle konabilmektedir. Bu çalışmanın amacı paraduodenal herni için tanı ve tedavi deneyimlerimizi özetlemektir. **Olgu sunumu:** 1996 ile 2005 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 4 Paraduodenal herniasyon olgusunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ortalamaları 52 idi. İki olguda sağ iki olguda sol paraduodenal herni mevcuttu. Tüm olguların direkt grafilinde tam veya tam olmayan intestinal obstrüksiyon bulguları vardı. Ortalama hastanede kalış süreleri 4 ile 11 gün arasındaydı. **Sonuç:** İntestinal obstrüksiyon bulguları olan yetişkin bir hastada önceden geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, karın ön duvarı fıtıkları veya yaşına göre malignite öncelikle düşünülmelidir. Bu faktörlerin bulunmadığı hastalarda intestinal obstrüksiyon sebebinin internal herniasyonun olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: İnternal herni, paraduodenal herni, akut karın

A rare cause of ileus: Paraduodenal hernia

Objective: Internal hernias are uncommon causes of small bowel obstructions. Paraduodenal hernias are the most common causes of internal hernias. Because of the high mortality rate, early and accurate diagnosis is essential. Because of no spesific abdominal finding in physical examination, it has been diagnosed difficultly. The aim of this study to summarize the experience of diagnosis and treatment for paraduodenal hernia. **Case report:** The clinical data of 4 cases with paraduodenal hernia surgically treated from 1996 to 2005 were analyzed retrospectively. The average age of the patients was 52 years old. There were 2 cases with left paraduodenal hernia and 2 cases with right paraduodenal hernia. X-ray revealed complete or incomplete intestinal obstruction in all cases. The hospital stay ranged from 4 to 11 days. **Conclusion:** Abdominal front wall herniation or malignancy should be considered first in adult patients with intestinal obstruction and previous surgical operations. Intestinal congestion may be caused by internal herniation in patients without such symptoms. **Key words:** Internal herniation, paraduodenal hernia, acute abdomen

Key words: İnternal herniation, Paraduodenal hernia, Acute abdomen

Genel Tıp Derg 2007;17(2):111-114

Paraduodenal herniler nadir görülen konjenital malformasyonlardır ve internal herniasyonların % 30-53'ünü oluşturmaktadır. Orta barsağın tamamlanmamış rotasyonundan kaynaklanırlar ve ince barsakların bir kısmı mesokolonun arkasına hapsolmuştur (1). Çok sık rastlanmadığı için ayırıcı tanıda düşünülmez ve sıklıkla akut karın tablosuna neden olurlar. Nadir bir herni grubunu oluşturan

paraduodenal hernileri tartışmak amacıyla kliniğimizde akut karın tanısı ile ameliyat edilen ve paraduodenal herni tanısı konan dört vakayı takdim edeceğiz.

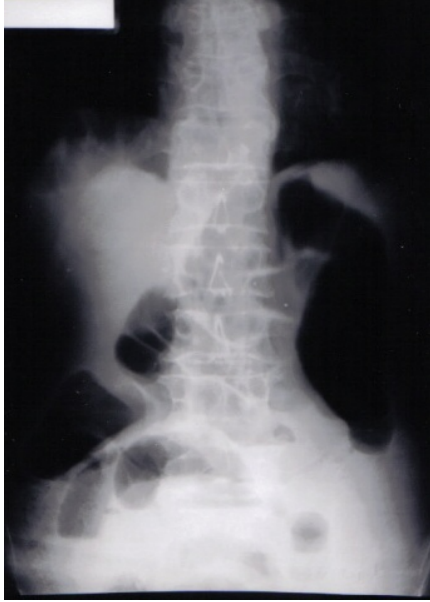
Olgu I

Elli üç yaşındaki erkek hasta (A.K.) karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servisten kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet, defans ve ribaundu vardı. Barsak sesleri kaybolmuştu. Lökosit sayısı 16000/mm³ olarak geldi. Ayakta direkt batın grafisinde (ADBĞ) yaygın hava sıvı seviyeleri vardı (Şekil 1).

Yazışma adresi: Dr.Ahmet Tekin, Kılıçarslan Mah Rauf Denктаş Cad Aybike Sitesi A/2 Blok 87/11, 42080, Selçuklu,Konya

e-posta: dr.tekin@mynet.com

Akut karın tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyatta jejunumun proksimal kısmının duodeno-jejunal bileşkedeki bir resessus içine girdiği ve barsak ansında nekroz gelişmediği gözlemlendi (Şekil 2). Barsak redükte edildikten sonra paradoudenal resessus absorbe edilmeyen materyalle suture edildi (Şekil 3). Hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi.



Şekil 1. Ayakta direkt batingrafisinde multipl hava-sıvı seviyeleri



Şekil 2. Paradoudenal bölgeye herniye olmuş barsak ansları



Şekil 3. Paradoudenal resessusun tamir sonrası

Olgu II

Kırk sekiz yaşındaki erkek hasta (M.Y.) karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servisten kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet, defans ve ribaundu vardı. Lökosit sayısı $14000/\text{mm}^3$ olarak geldi. ADBG'de yaygın hava sıvı seviyeleri vardı. İleus ön tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyatta hemen hemen tüm ince barsak anslarının duodenojejunal resessusa fitiklaştığı ve tamamının nekroze olduğu gözlemlendi. 1 metre distal ileum kalacak şekilde barsak ansları rezeke edilerek uç uca anastomoz uygulandı. Resessus kontinue sütürlerle kapatıldı. Hasta postoperatif 11. günde taburcu edildi.

Olgu III

Kırk dört yaşındaki erkek hasta (H.U.) karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Karın muayenesinde defans ve ribaundu vardı. Barsak sesleri alınmıyordu. Lökosit sayısı $11000/\text{mm}^3$ geldi. ADBG'de diafragma altında serbest hava mevcuttu. Hasta intestinal perforasyon ön tanısı ile acil ameliyata alındı. Ameliyatta jejunum proksimal kısmının duodenojejunal resessus içine girdiği ve strangüle olduğu belirlendi. Strangüle olmuş barsak anslarında 10 cm'lik bir segment nekroze olmuş ve bu bölgeden perforasyon gelişmişti. Nekrotik segment rezeke edildi ve uç-uca anastomoz yapıldı. Resessus absorbe olmayan sütürlerle onarıldı. Hasta postoperatif 10.günde taburcu edildi.

Olgu IV

Altmış üç yaşındaki erkek hasta (A.K.) şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile müracaat etti. Karın muayenesinde yaygın hassasiyet, ribaund ve defans vardı. Lökosit sayısı 26000/mm³ geldi. ADBG'de ince barsak düzeyinde yaygın hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Hasta mekanik barsak tıkanıklığı ön tanısıyla ameliyata alındı. Ameliyatta ince barsağın büyük bir kısmının Arteria mezenterika inferior'un (AMİ) sağ tarafındaki periton kıvrımı içine girdiği ve tüm ince barsağın kendi mezosu etrafında torsiyone olarak yaklaşık 2 m'lik barsak segmentinin nekroze olduğu belirlendi. Ayrıca inen kolonda yaklaşık 40 cm'lik bir segmentte de nekroz geliştiği gözlemlendi. Kolondaki patolojiye AMİ'un, herniye olmuş barsak ansları tarafından sıkıştırılması sonucu gelişen dolaşım bozukluğunun neden olabileceği kanaatine varıldı. Nekrotik segmentler rezeke edildi ve uç-uca anastomozlarla devamlılık sağlandı. Periton kıvrımı absorbe olmayan sütürlerle tamir edildi. Hasta postoperatif 7. günde taburcu edildi.

Tartışma

Barsak ve mezenterinin visseral peritondaki açıklıklara ya da resessuslara fitikleşmesi sonucu gelişen internal herniasyonlar intestinal obstrüksiyonların nadir görülen sebeplerinden biridir. Tüm intestinal obstrüksiyonların % 1'den daha azını oluşturmaktadır (2). İnternal fituklar karın içinde çeşitli bölgelerde olabilmekle beraber literatürde en sık paraduodenal bölgeye oldukları rapor edilmiştir (3). Orta barsağın rotasyonu ile karın arka duvarına yetersiz sabitleme sonucunda ortaya çıkan doğuşsal bir lezyondur. Paraduodenal herniler sağ ve sol olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yaklaşık olarak tüm internal fitukların % 50'sini oluşturmaktadır ve genellikle sol tarafta izlenmektedir (4). Sağ paraduodenal hernide kesenin ön duvarını çıkan kolon mezosu ve transvers kolonun bir parçası oluşturur. Süperior mezenterik arter ve A. colika media kese boynuyla yakın ilişki içindedir. Bu tür vakalarda herniye olan barsak anslarının komşu arterlere bası yapması sonrasında kan akımı bozulmakta ve buna bağlı olarak bu arterlerin beslediği barsak anslarında iskemi gelişebilmektedir. Genelde rotasyon anomalilerinin eşlik ettiği bu herni kesesi orta hattın sağında bulunur. Kese içine sıklıkla ince barsaklar girer, nadiren kalınbarsaklar da girebilmektedir (5-7). Daha önce yayınladığımız iki

vakamızda sol paraduodenal herni mevcuttu (8). Bu vakalarımızdan birisinde herni kesesi AMİ ile yakın ilişki halindeydi ve herniye olan barsakların AMİ'a basısına bağlı olarak sol kolonda iskemik nekroz gelişmişti. Sol paraduodenal hernilerde herhangi bir rotasyon anomalisi olmayıp normal periton kıvrımlarının genişlemesi söz konusudur. Herni kesesi küçüktür. Söz konusu defektlere ince barsak girip çıkabilir ve nonspesifik karın ağrısı oluşabilir. Mezenterik arterlerin sıkışması sonucu oluşan iskemi hem karın ağrısına hem de absorpsiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Semptomlar tam veya parsiyel obstrüksiyona bağlıdır. Bunlar bulantı, kusma, abdominal distansiyon ve kramp tarzında karın ağrısıdır (5,7). Muayenede lokalize hassasiyet, epigastrik kitle ve artmış peristaltizm görülebilmektedir. Eğer inkanserasyon ve strongüstasyon gelişirse şikayetler şiddetlenebilmektedir. Tanı akla getirilmezse patoloji ilerleyerek perforasyon gelişebilir ve belirgin akut karın ön tanısıyla hasta operasyona alınır. Bizim olgularımızdan birinde perforasyon, ikisinde de strongüstasyon gelişmişti. Bir olgumuzda ise barsak duvarında beslenme bozukluğu tespit edilmedi. İlerlemiş vakalarda tabloya dehidratasyon ve lökositoz eklenmektedir. ADBG'lerinde bir bölgede lokalize dilate barsak ansları ve hava-sıvı seviyeleri gözlenebilmektedir. Üst gastrointestinal sistemin baryumlu grafilerinde tanı konabilmektedir. Bilgisayarlı tomografi semptomatik ve nonsemptomatik vakalarda yararlı bilgiler verebilmektedir. Midenin arkasında, kolon mezosunda veya pankreas kuyruğu arkasında yerleşmiş barsak anslarının görülmesi tanıya yardımcı olabilmektedir.

Tedavide herni kesesi içerisine sıkışmış barsak ansları çıkarılmalıdır. Eğer strangüstasyon veya perforasyon gelişmişse segmenter barsak rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapılmalıdır. Paraduodenal resessus beslenme bozukluğu yapmayacak şekilde periton kıvrımları etrafındaki dokulara zarar verilmeden dikkatle dikilerek kapatılır ve potansiyel boşluk ortadan kaldırılır (7).

Sonuç olarak, ileus ön tanısı ile yatırılan önceden geçirilmiş ameliyat anamnezinin olmadığı, yaşına ve cinsine göre ileusa neden olabilecek patolojinin tespit edilemediği olgularda internal herniasyon bir ön tanı olarak akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Khan MA, Lo AY, Vande Maele DM. Paraduodenal hernia. Am Surg 1998;64:1218-22.
2. Moran JM, Sanjuán JSS, Amaya JL, Rincón P, Serrano A, Tallo EM. Paramesocolic hernias: Consequences of delayed diagnosis. Report of three new cases. J Pediatr Surg 2004;39: 112-6
3. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internalhernias: Unusual causes of small bowel obstruction. Am J Surg 1986;152:279-85
4. Rubin MS, Schoetz DJ Jr, Matthews JB. Parastomal hernia. Is stoma relocation superior to fascial repair? Arch Surg 1994; 129: 413-8.
5. Berardi RS. Paraduodenal hernias. Surg Gynecol Obstet 1981;152: 99-110.
6. Karahan T. Karın boşluğu. Arıcı K ed. Uygulamalı anatomi. T Klinikleri Yayınevi, 1993;171.
7. Dempsey DT, Ritchie WP. Anatomy and physiology of doudenum. George D, Zuidema MD, ed. In: Surgery of the alimentary tract. Volume II, W.B Saunders; 1996.
8. Şahin M, Tekin Ş, Çiftçi E, Gürocak B. Paraduodenal herniler (olgu sunumu). Cerrahi Tıp Arşivi 1998;3: 38-9.