

Dev inguinal herni

Giant inguinal hernia

Bülent Kaya¹, Yalım Uçtum², Rıza Kutaniş³

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Mardin

³Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Dev inguinal hernilere geri kalmış ülkelerde, sosyo-ekonomik durumu kötü hastalarda rastlanmaktadır. Uzun süre tedavisi ihmal edilmiş inguinal hernilerin çok büyük boyutlara gelip skrotal cilt ile beraber uyluk ve dizlere doğru sarktığı görülür. Bu fıtıklar kasık ve skrotal bölgede kaşıntı, egzema benzeri cilt lezyonları ve ülserasyonlara sebep olabilirler.

Yaklaşık 15 yıldır kasık bölgesinde şişlik şikayeti olan hasta genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Bilateral dev inguinal herni tanısı ile hastanın sağ inguinal herni bölgesi eksplore edildi. Eksploasyonda skrotuma uzanan herni kesesi içerisinde sağ kolon batın içine gönderilmeye çalışıldı. Başarılı olunamadı. Hastaya sağ hemikolektomi ileo-transversostomi uygulandı.

Anahtar kelimeler: Dev inguinal herni, cerrahi onarım, barsak rezeksiyonu

Türkçe kısa makale başlığı: Dev inguinal herni

ABSTRACT

Giant inguinal hernias are usually seen in developing countries in patients with poor socio-economic status. Untreated patients may present with huge hernial mass that hang down to the thigh and knees. Pruritis in inguinal and scrotal region, skin lesions and ulceration can be seen. A patient with inguinal swelling for about 15 years was admitted to general surgery department. There was bilateral inguinal hernia. Right inguinal region was explored. Right colon was detected inside the hernial sac. The colon was tried to be reduced into the abdominal cavity. But it was unsuccessful. Right hemicolectomy and ileo-transversostomy was performed.

Key words: Giant inguinal hernia, surgical repair, intestinal resection

İngilizce kısa makale başlığı: Giant inguinal hernia

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Bülent KAYA/İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

E-Mail: drbkaya@yahoo.com

Tel: 905056822101

Giriş

Dev inguinal hernilere geri kalmış ülkelerde sosyo-ekonomik durumu kötü hastalarda rastlanmaktadır. Uzun süre tedavisi ihmal edilmiş inguinal hernilerin çok büyük boyutlara gelip skrotal cilt ile beraber uyluk ve dizlere doğru sarktığı görülür. Bu fitiklar kasık ve skrotal bölgede kaşıntı, egzema benzeri cilt lezyonları ve ülserasyonlara sebep olabilirler (1).

Genişlemiş skrotum içerisinde penis kaybolur ve idrar yapmada güçlük meydana gelebilir.

Dev inguinal herni kesesi içerisinde ince barsak, kalın barsak ve diğer batin içi organlar tesbit edilebilir (2,3). İntestinal obstrüksiyon nadir olmakla beraber görülebilir. Yaklaşık 15 yıldır kasık bölgesinde şişlik şikayeti olan hasta genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Bilateral dev inguinal herni tanısı konan hastaya cerrahi uygulandı. Bu hastayı literatür bilgileriyle beraber sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

69 yaşında erkek hasta yaklaşık 15 senedir her iki kasık bölgesinde artan şişlik nedeni ile cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın bu bölgede ağrı ve şişlik şikayetleri mevcuttu. Son 2 yıldır genişleyen skrotal derinin penisi örtmesi ile idrar yapmada zorluk çektiği öğrenildi. Fizik muayenede sağ inguinal bölgede yaklaşık 15x15 ve sol inguinal bölgede 15x20 cm ebadlarında skrotal herni tesbit edildi (Resim 1).



Resim 1- Bilateral dev inguinal herni.

Hastanın anamnezinden yaklaşık 10 senedir astım ve kalp yetmezliği nedeni ile tedavi gördüğü öğrenildi. Hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Bilateral dev inguinal herni tanısı ile hastanın sağ inguinal bölgesi eksplore edildi. Eksploreyonda skrotuma uzanan herni kesesi

içerisinde sağ kolonun olduğu görüldü. Kolon batin içine reddedilmeye çalışıldı. Başarılı olunamadı. Hastaya sağ hemikolektomi ileo-transversostomi uygulandı. Hastanın postoperatif takiplerinde yara enfeksiyonu dışında problem yaşanmadı. Sol inguinal herni müdahalesi planlanan hasta, randevu verilmesine rağmen 2. operasyonu kabul etmedi.

Tartışma

Dev inguinal herniler, son yıllarda daha az sıklıkla rastlanmakla birlikte önemli cerrahi patolojilerdir. Uyluk bölgesine doğru sarkan skrotal cilt ve fitik içeriği hastalarda semptomlara yol açar. Cilt sorunları başta olmak üzere, ağrı, idrar yapmada güçlük, fitik kesesi içerisine giren organlara ait şikayetler (barsak tıkanıklığı, hidronefroz gibi) görülebilir (1-4). Batı ülkelerinde çok nadir görülen bu tip fitiklar, ülkemizde halen sosyo-ekonomik durumu kötü hastalarda rastlanabilmektedir. Ekonomik yetersizlik, ihmal gibi sosyal nedenlerle geciktirilen fitik tamirleri dev inguinal herni oluşumları ile sonlanabilmektedir. Dev inguinal herniler özel bir fitik tipi olarak değerlendirilip tedavi edilmişlerdir. Karın içine gönderilecek fitik içeriğinin diafram üzerine baskı yaparak solunum sıkıntısı yaratması, artan intraabdominal basıncın yara üzerine olumsuz etkileri olacağı düşünülmüştür. Bu endişelerle birçok çalışmada bu tip hernilere cerrahi müdahale yapılmadan önce pnömoperitoneum oluşturmanın faydalı olacağı savunulmuştur. İlk kez 1947'de Morena karın içine hava vererek hem bu alanı redükte olacak fitik içeriği için genişletmeyi, hem de yapışıklıkları ayırmayı hedeflemiştir. İntraperitoneal olarak bir katater yerleştirilmesi sonrası günlük 100-500 cc hava 15 gün boyunca karın içine verilmektedir (5,6). Yine Stoppa tüm dev fitiklarda ya da fitik içeriğinin büyük olduğu durumlarda pnömoperitoneum oluşturulmasını önermiştir (7). Olgumuza preoperatif dönemde intraabdominal hava verilmemiştir. Moreno yaşlı ve genel durumu bozuk hastalarda ayrıca ciddi kardiyak yetmezliği olan hastalarda bu yöntemin kontrendike olduğunu bildirmiştir (8). Hastamızda bu iki kontrendikasyon da mevcuttu. Herni içeriğinin batına redüksiyonu intraabdominal basıncı arttırarak birçok komplikasyona neden olabilir. Diafram yükselmesine bağlı solunum sıkıntısı bu hastalarda postoperatif dönemde görülen önemli bir sorundur. Bu nedenle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde solunum egzersizleri önerilmelidir. Abdominal kompartman sendromu gelişimi ve buna bağlı barsak dolaşımında bozukluk ciddi bir problemdir. Postoperatif dönemde gelişen ileus bu tabloyu ağırlaştırabilir. Barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulanmış hastalarda bu

durum anastomozun bozulmasına neden olabilir. Dev inguinal herni olgularında geniş barsak rezeksiyonları gerekebilir. Serpell JW total kolektomi ve omentektomi uyguladığı dev inguinal herni olgusunu bildirmiştir (2).

Mehendale benzer bir olguda sağ hemikolektomi ve ince barsak rezeksiyonu yapmıştır (3).

Kaynaklar

1-Kyle SM, Lovie MJ, Dowie CS. Massive inguinal hernia. *Br J Hosp Med* 1990;43:383-4

2-Serpell JW, Polglase AL, Anstee EJ. Giant inguinal hernia. *ANZ J Surg* 1988;58:831-4

3-Mehendale FV, Taams KO, Kingsnorth AN. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plastic Surg* 2000;53:529-9

4-Weitzenfeld MB, Brown BT, Morillo G et al. Scrotal kidney and ureter: an unusual hernia. *J Urol* 1980; 123:437-8

Biz de hastamızda yapışıklıklar ve barsak içeriğinin karına reddedilememesi nedeni ile rezeksiyon yapmak zorunda kaldık.Sonuçta dev inguinal herniler sık rastlanmamakla beraber ciddi bir cerrahi problemdir. Bu hastaların özel cerrahi yaklaşımlar ile takip ve tedavi edilmeleri gerekmektedir. İnguinal herni tanısı konan hastalarda hernilerin büyük boyutlara ulaşmadan tedavisi önerilmelidir.

5-Edward EM, Merril TD (1989) *Pneumoperitoneum in Giant Hernia*. Nyhus LM, Condon RE, (eds)

Hernia 3rd ed. Philadelphia: Lippincott 36:521-530

6- Raynor RW, Del Guercio LR (1989) *The place for pneumoperitoneum in the repair of massive hernia*. *World J Surg* 13:581-585

7- Stoppa RF. *The treatment of complicated groin and incisional hernias*. *World J Surg* 1989;13:545-54

8- Morena IG. *Chronic eventrations and large hernias*. *Surgery* 1947;22:945-53