

Spigel Hernisi: Olgu Serisi ve Deneyimimiz

Spigelian Hernia: Case Series and our Experience

Seyfi EMİR,¹ Selim SÖZEN,² Hasan Baki ALTINSOY¹

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

Özet

Amaç: Spigel hernisi tanısı konulan hastalar geriye dönük olarak literatür eşliğinde incelendi.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Spigel hernisi tanısı ile ameliyat edilen 17 hasta (12 kadın, 5 erkek; ort. yaş 52; dağılım 32-74 yaş) dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, şikayetler, lokalizasyon, defekt çapı, hastanede yatış süresi ve onarım teknikleri açısından incelendi.

Bulgular: Ortalama defekt çapı 3.7 (2-6) cm idi. Tüm hastalarda ağrı şikayeti vardı. Hastaların 11'ine polipropilen yama ile, 6'sına standart cerrahi ile onarım yapıldı. Polipropilen yama ile onarım uygulanan hastalarda 4-48 aylık takiplerde nüks saptanmadı.

Sonuç: Spigel hernilerinde polipropilen yama ile cerrahi onarım düşük nüks oranlarıyla uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Fıtık; Spigel hernisi; Spigel fasyası.

Giriş

Spigel fıtığı, nadir olarak görülüp lateral ventral fıtık olarak da bilinmektedir. Spigel fıtığı preperitoneal yağ, periton kesesi veya nadiren visser içeren periton kesesinin Spigel bölgesinden fıtıklanmasıdır. Spigel bölgesi, lateralde internal obliğin musküler lifleri ve medialde rektus kılıfının anterior laminasının lateral kenarı tarafından sınırlanmıştır. Spigel fıtığı, doğumsal veya edinsel olabilir. Doğumsal Spigel fıtığı bildirilmesine

Summary

Background: Patients diagnosed with Spigelian hernia are evaluated retrospectively by review of the literature.

Methods: The study included 17 patients (12 female, 5 male; mean age 52; range 32 to 74 years) who were diagnosed with a Spigelian hernia which was treated surgically. Patients were evaluated in terms of age, sex, clinical presentation, localization, size of the defect, duration of hospitalization, and surgical techniques.

Results: Average size of the defect was 3.7 (2-6) cm. All of the patients reported pain. Eleven patients were treated with mesh herniorrhaphy techniques. Six patients were treated by the standard surgical technique. During the follow-up of 4-48 months, no recurrence was observed among the mesh herniorrhaphy group.

Conclusion: Mesh herniorrhaphy techniques using polypropylene meshes can be performed with low recurrence rates.

Key words: Hernia; Spigelian hernia; Spigel fascia.

rağmen, çoğunlukla edinsel bir fıtık olarak kabul edilir. Tüm karın duvarı fıtıklarının %1-2'sini oluşturur. Spigel fıtığının inkarserasyon ve strangülasyon insidansı yüksektir.^[1-3]

Bu çalışmada, son 6 yılda iki merkezde Spigel fıtığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların tanı yöntemleri, tedavi ve takip sonuçlarından elde edilen verilerin literatür eşliğinde irdelenmesi amaçlandı.

İletişim: Dr. Seyfi Emir.
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ
Tel: 0 424 - 237 44 21

Başvuru tarihi: 02.05.2012
Kabul tarihi: 14.08.2012
e-posta: seyfiemir@hotmail.com

Hastalar ve Yöntem

Çalışmada Spigel fıtığı tanısı konulan ve ameliyat edilen 17 olgu yaş, cinsiyet, semptom, tanı yöntemleri, lokalizasyon, fıtık defektinin çapı, eşlik eden hastalıklar, hastanede yatış süresi ve onarım teknikleri açısından geriye dönük olarak incelendi. Hastaların tanısı için fiziki muayene, ultrasonografi (USG) ve tanı konulamayan olgulara tüm batın bilgisayarlı tomografisi (BBT) yapıldı. Onarım tekniği olarak primer tamir veya primer tamire ek olarak onlay polipropilen yama uygulandı.

Bulgular

Eylül 2004-Eylül 2010 tarihleri arasında iki merkezde ameliyat edilen 17 olgu incelendi. Hastaların ortalama yaşı 52 (dağılım, 32-74 yaş) olup, 12'si kadın 5'i erkekti. Hastaların 7'si (%41) acil, 10'u (%59) elektif koşullarda ameliyat edildi.

Tüm hastalarda ağrı şikayeti vardı. Sekiz hasta karın ön duvarında ortaya çıkan şişlik nedeniyle başvurdu. İnkarserasyon olmayan bu olgularda fizik muayenede valsälva manevrası ile fıtık kesesi palpe edilmekte idi. Altı hasta kitle şikayeti ile başvurdu.

Acil ameliyat edilen olgulardaki defekt çapı ortalama olarak 3 (dağılım, 2-4) cm olup 2 hastaya primer tamir, 5 hastaya da primer tamir ve onlay polipropilen yama uygulandı. Sadece primer tamir uygulanan hastalardan biri takiplerinde nüks gelişmesi üzerine onlay

polipropilen yama kullanılarak tekrar ameliyat edildi.

Elektif koşullarda ameliyat edilen olgulardaki defekt çapı ortalama 3.7 (dağılım, 2-6) cm olup 4 olguya primer tamir, 6 olguya primer tamir ve onlay polipropilen yama uygulandı. Sadece primer tamir uygulanan 2 hasta takiplerinde nüks gelişmesi üzerine tekrar ameliyat edilerek polipropilen yama kullanılarak onarım yapıldı.

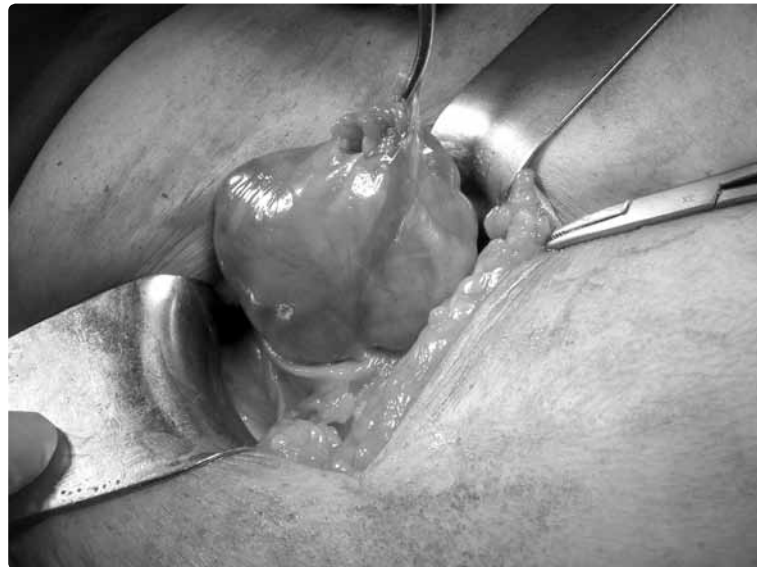
Hastaların 4'ünde kronik konstipasyon, 3'ünde obezite (beden kitle indeksi ortalaması: 32), 4'ünde pulmoner hastalık ve 2'sinde prostat hipertrofisi mevcuttu.

Hastaların fıtık yerleşimi 9 olguda sağda, 5 olguda solda idi. Sağda olan olgulardan 1'inde aynı bölgede inguinal fıtık da mevcuttu.

Tüm hastalara USG ile bakıldı. Tanısı konulamayan 6 olguda BT incelemesi de yapıldı.

Acil ameliyat endikasyon nedenleri 6 olguda inkarserasyon, 1 olguda mekanik bağırsak tıkanıklığıydı. Acil olarak ameliyata alınan bu olguların fıtık kesesinin içinde 2 olguda preperitoneal yağ dokusu, 3 olguda omentum, 2 olguda da ince bağırsak saptandı (Şekil 1). İnce bağırsak saptanan 1 olguya nekroz nedeniyle segmenter ince bağırsak rezeksiyonu uygulandı.

Hastaların 4-48 aylık takiplerinde, primer tamir uygulanan 6 hastadan 3'ünde nüks saptanmış olup; bu olguların hepsinde defekt çapı 3 cm'den büyüktü. Primer



Şekil 1. Acil olarak ameliyata alınan bir olgunun fıtık kesesi.

Tablo 1. Hastalara uygulanan cerrahi girişim, defekt çapı ve nüks arasındaki ilişki

	Hasta sayısı (n)	Ortalama defekt çapı (cm)	Nüks (%)
Primer tamir ile onarım	6	3.5	3 (%50)
Primer tamir ve onlay polipropilen yama ile onarım	11	3.6	0 (%0)

Tablo 2. Spigel fıtığı tanısında görüntüleme yöntemlerinin etkinliği

	Çalışmalar			
	Emir ve ark.	Larson ve ark. ^[13]	Losanoff ve ark. ^[12]	Torzilli ve ark. ^[11]
Görüntüleme yapılan hasta sayısı	17	21	12	2
USG yapılan hasta sayısı	17	2	12	2
Pozitif USG	11	2	12	2
Negatif USG	6	0	0	0
BT yapılan hasta sayısı	6	19	0	0
Pozitif BT	6	13	0	0
Negatif BT	0	6	0	0

tamire ek olarak onlay polipropilen yama uygulanan hiçbir hastada nüks saptanmadı (Tablo 1).

Acil olarak ameliyat edilen 1 olguda yara yeri enfeksiyonu saptandı, antibiyoterapi ile düzeldi.

Tartışma

Spigel fıtıkları Spigel fasyası boyunca herhangi bir yerden gelişebilirse de, sıklıkla fasyanın en geniş ve en zayıf olduğu bölgeden gelişirler. Spigel fasyası umbilikusla spina iliaca anterior superior arasındaki hatta en geniştir ve arkuat çizginin hemen altında, inferior epigastrik damarların üzerindeki bölgede ise en zayıftır. Spigel fıtığı göbek altında semilunar çizgi boyunca herhangi bir yerde oluşabilir. Ancak en sık spina iliaca anterior superiorları birleştiren hat olan arkuat çizgi seviyesinde oluşurlar. Bu fıtıkların çoğu, semisirküler çizginin (arkuat çizgi) dış kenarı yakınında ve genellikle inferior epigastrik damarların üstünde yerleşir.^[1,4] Ventral herni grubu içinde değerlendirilirler, tanılarını zordur.

Spigel fıtıkları çoğunlukla kadınlarda görülmektedir. Bazı serilerde %88 oranında kadınlarda saptandığı bildirilmiştir.^[5] Bu çalışmada da Spigel fıtık %70 oranında kadınlarda görülmektedir.

Spigel fıtıklarının çoğu küçük olup, nadiren çapı 14 cm'ye kadar ulaşabilir.^[6] Olgularımızda defekt çapı 2-6 cm arasında olup, ortalama olarak 3.5 cm saptandı.

Spigel fıtık semptomları karın ağrısı, karın ön duvarında şişlik, bağırsak tıkanıklığı ve inkarserasyondur. Ağrının şiddeti fıtık içeriğine ve yerleşimine bağlı olarak değişmektedir. Spigel aponevrozu boyunca şişlik palpe edilmesi ile tanı konulur. Karın ağrısı olan hastalarda şişlik palpe edilemezse tanı için radyolojik yöntemlerden faydalanılır.^[7] Çalışmamızda tüm olgularda ağrı şikayeti vardı. Sekiz olguda şişlik şikayeti, 6 olguda karın ön duvarında kitle, 1 olguda da bağırsak tıkanıklığı mevcuttu. Karın içi basınç artışına neden olan manevralar ile şişlik palpe edilmekteydi. Karın ön duvarında kitle ile başvuran olgularda, kitle nedeni Spigel fıtığının inkarserasyonu idi. Diğer fıtıklarda olduğu gibi karın içi basınç artışına neden olan durumlar fıtığın ortaya çıkmasına yol açar.^[4] Çalışmadaki olguların 4'ünde kronik konstipasyon, 2'sinde prostat hipertrofisi vardı.

Spigel fıtığı tanısının konulması zordur. Bazı hastalarda BBT ve batin ultrasonografisi (USG) tanı koymada yardımcıdır. Fakat tanı koymada bu görüntüleme yöntemlerinin sensitivitesi %100 değildir (Tablo 2).^{[8-}

^{13]} Tüm batin bilgisayarlı tomografisi USG'ye göre fitik kesesi ve içeriği hakkında daha detaylı bilgi verir.^[14,15] Bu çalışmada 11 hastada USG ile Spigel fitiği tanısı konulmuş olup, tanı konulamayan 6 hastada da BBT ile tanı konulmuştur.

Fitik kesesinin boyun kısmı dar olduğu için inkarsasyon ve strangülasyon görülme olasılığı yüksektir.^[16] Acil cerrahi operasyon gereksinimi %20'lere kadar çıkmaktadır.^[17] Çalışmamızda acil cerrahi operasyon ihtiyacı %41 olarak saptanmıştır.

Spigel fitiği yüksek komplikasyonlarından dolayı cerrahi olarak tedavi edilmelidir.^[18-20] Onarım primer dikiş, yama ile onarım veya laparoskopik olarak yapılabilir.^[13] Primer dikişle onarım yapılan karın duvarı fitiklerinde gerginlik nedeniyle uzun dönem takiplerde %40'lara kadar varan nüks oranları bildirilmektedir.^[13,16] Çalışmamızda primer dikişle onarım yapılan olguların %50'sinde nüks gelişmiştir. Cerrahi tedavi olarak genel anestezi altında intraperitoneal yama yerleştirileceği gibi, lokal veya spinal anestezi altında preperitoneal yama yerleştirilmesi de uygulanabilir.^[21] Bu çalışmada, yama ile onarım yapılan olguların takiplerinde nüks saptanmamıştır. Acil olarak ameliyat edilen tüm inkarsere fitiklerde yama güvenli bir şekilde kullanılabilir.^[22] Spigel fitiği, laparoskopik yöntem ile intraperitoneal veya ekstraperitoneal yama konularak başarılı bir şekilde düşük nüks oranları ile tedavi edilebilir.^[7,23]

Spigel fitiklerinde, elektif ve acil olgularda polipropilen yama ile cerrahi onarım düşük nüks oranlarıyla güvenle uygulanabilir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg* 2006;72(1):42-8.
2. Rauth T, Holzman M, Tarpley J. Spigelian, lumbar and obturator herniation. In: Cameron JL, editor. *Current surgical therapy*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2008. p. 576-81.
3. Skandalakis LJ, Gadacz TR, Mansberger AR. *Modern hernia repair*. 1st ed. New York: Parthenon Publishing Com; 2002.
4. Sözüer EM, Küçük C, Akyıldız H. Karın ön duvarı, lumbal ve pelvik fitikler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(35):78-81.

5. Malazgirt Z, Topgul K, Sokmen S, Ersin S, Turcpar AG, Gok H, et al. Spigelian hernias: a prospective analysis of baseline parameters and surgical outcome of 34 consecutive patients. *Hernia* 2006;10(4):326-30.
6. Coşkun A, Eryılmaz R, Güzey D, Daşiran F, Şahin M. Spigel hernisi: Tanı ve tedavisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2006;22(4):137-39.
7. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Baijal M, et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minim Access Surg* 2008;4(4):95-8.
8. Balthazar EJ, Subramanyam BR, Megibow A. Spigelian hernia: CT and ultrasonography diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1984;9(1):81-4.
9. Luedke M, Scholz FJ, Larsen CR. Computed tomographic evaluation of spigelian hernia. *Comput Med Imaging Graph* 1988;12(2):123-9.
10. Shenouda NF, Hyams BB, Rosenbloom MB. Evaluation of Spigelian hernia by CT. *J Comput Assist Tomogr* 1990;14(5):777-8.
11. Torzilli G, Carmana G, Lumachi V, Gnocchi P, Olivari N. The usefulness of ultrasonography in the diagnosis of the Spigelian hernia. *Int Surg* 1995;80(3):280-2.
12. Losanoff J, Kjossev K, Handijev S, Karamfilova R. The diagnosis of Spigelian hernia (SH) by high-resolution real-time sonography. *J Ultrasound Med* 1998;17(9):599-600.
13. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002;26(10):1277-81.
14. Bennett D. Incidence and management of primary abdominal wall hernias: umbilical, epigastric and spigelian. In: Fitzgibbons RJ, Greenburg AG, editors. *Nyhus and Condon's hernia*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p. 389-413.
15. Martin M, Paquette B, Badet N, Sheppard F, Aubry S, Delabrousse E. Spigelian hernia: CT findings and clinical relevance. *Abdom Imaging* 2012 Apr 3. [Epub ahead of print]
16. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia* 2002;6(4):167-70.
17. Hermosa R, Prats A, Liendo M. Spigelian hernia. Personal experience and review of the literature. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102(10):583-6.
18. Spangen L. Spigelian hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Nyhus and Condon's hernia*. 4th ed. Lippincott; Philadelphia: 1995. p. 381-92.
19. Nursal TZ, Kologlu M, Aran O. Spigelian hernia presenting as an incarcerated incisional hernia. *Hernia* 1997;1(3):149-50.
20. Rogers FB, Camp PC. A strangulated Spigelian hernia mimicking diverticulitis. *Hernia* 2001;5(1):51-2.
21. Malazgirt Z, Dervisoğlu A, Polat C, Guneren E, Guven H,

- Akpolat T. Preperitoneal mesh repair of spigelian hernias under local anesthesia: description and clinical evaluation of a new technique. *Hernia* 2003;7(4):202-5.
22. Nieuwenhuizen J, van Ramshorst GH, ten Brinke JG, de Wit T, van der Harst E, Hop WC, et al. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases. *Hernia* 2011;15(3):297-300.
23. Patle NM, Tandia O, Sasmal PK, Khanna S, Sen B. Laparoscopic repair of spigelian hernia: our experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2010;20(2):129-33.