

İNGUİNAL FITIK ÜZERİNE KÜNT TRAVMA NEDENİYLE İNCE BARSAK YARALANMASI: İKİ OLGU*

Selahattin VURAL¹, Barış TÜZÜN¹, Gülay DALKILIÇ¹, Burak DEMİRCA¹, Nimet SÜSLÜ¹, Atilla KURT²

Künt karın travmalarında en önemli mekanik bariyer ön karın duvarıdır. Karın ön duvarında fıtığı olan hastalarda karın içi basıncın artması sonucu barsaklar fıtık kesesi içine doğru hareket eder ve travmalara daha açık hale gelirler. Biz de inguinal herni kesesi üzerine künt travma sonrası akut karın nedeni ile yatırılan ve ince barsak yaralanması çıkan iki olgumuzu inceledik.

Anahtar kelimeler: İnguinal fıtık, künt yaralanma, ince barsak, perforasyon

SMALL BOWEL INJURY DUE TO BLUNT INGUINAL HERNIA TRAUMA: TWO CASES

Abdominal wall remains a major mechanical barrier in blunt abdominal trauma. In patients suffering from abdominal wall hernia increase in bowel pressure and bulging of intestines into hernial sac becomes more vulnerable to traumas. We have presented two cases admitted as acute abdomen after a blunt trauma to inguinal hernia sac that caused small bowel injury.

Key words: Inguinal hernia, blunt trauma, intestine, perforation

Karın duvarı, kaslar ve fasyalar ile desteklenmiş olan karın içi organları koruyan bir kalkan vazifesi görür. Karın duvarı defektleri, karın içi organlar üzerindeki bu koruyucu etkiyi ortadan kaldırır. Travmaya maruz kalındığında bu bölgelerden karın içi organlar yaralanabilir. İnguinal fıtıklar yıllarca elektif olgular olarak değerlendirilmiş olup, travmaları ile ilgili pek az yazı literatüre yansımıştır. İnguinal bölgeden kaynaklanan fıtıklar intestinal organları içerisinde bulundurulabilirler ve travmaları sonrasında meydana gelen yaralanmalar da bu yüzden karın boşluğunu ilgilendiren yaralanmalar olabilir. Akut karın gelişen olgularda seçilecek cerrahi kesi, inguinal fıtığın tamir edilmesi cerrahın vermesi gereken kararlardır.

OLGULAR

Birinci olgu 60 yaşında erkek olup, on yıldır sol inguinal fıtığı olduğunu ve 5 saat önce fıtığı üzerine künt karın travması aldığını ifade etmişti. Fizik muayenesinde defans ve rebound olan ve şiddetli karın ağrısı ifade eden olgunun, tüm karın ultrasonografisi normaldi. Akciğer grafisinde diyafram altında hava izlenmedi. Akut karın tanısı ile, acil koşullarda, göbek altı orta hat kesisi ile ameliyat edildi. İleoçekal valve 30 santimetre mesafede ileumda 1 adet 5 milimetrelik perforasyon odağı tespit edilerek basit tamir uygulandı. Yaralanma patlama tarzında ve düzensiz kenarlı, yuvarlak şekilde idi. Peritonit tablosu gelişmemiş olan olguda, solda indirekt inguinal fıtık tespit edilerek sol kasık kesisi ile prolen yamayla tamir uygulandı. Ameliyat sonrası 6. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Üçüncü aydaki kontrolünde nükse rastlanmadı. Olgu takibimizden çıkmıştır.

*IV. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde (Kayseri, 26 Eylül 2003) sözlü sunum olarak bildirilmiştir.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, ²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği

Başvuru tarihi: 30.12.2003, Kabul tarihi: 16.7.2004

İkinci olgu ise 70 yaşında erkekti ve yirmi yıldır sağ inguinal fıtığı olduğunu, 12 saat önce de sağ inguinal fıtığı üzerine künt travma aldığını ifade ediyordu. Karında defans ve rebound tespit edildi. Lökosit değeri 16000/mm³ idi ve rektal-aksiller ateş farkı 1°C idi. Tüm karın ultrasonografisi ve akciğer grafisi doğaldı. Akut karın tanısı ile orta hat kesisi uygulandı ve ileoçekal valve 100 santimetre mesafede 1 santimetrelik ileum yaralanması tespit edilmesi üzerine basit tamir uygulandı. Karın içinde peritonit tablosu lokalize bir alanda sınırlı kalmıştı ve inguinal kanal kontamine olmamıştı. Yaralanma düzensiz kenarlı ve yuvarlak şekilde idi. Sağ indirekt kasık fıtığı olan olguya sağ kasık kesisi ile prolen greft ile onarım uygulandı. Ameliyat sonrası altıncı günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Olgu 5. ayında nükse rastlanmadan takip edilmektedir.

TARTIŞMA

İnguinal fıtıklar üzerine travma ile barsak yaralanması nadir görülen bir fıtık komplikasyonudur. Künt veya delici travmalarla oluşabilirler. Delici travmaların, kişinin kendi tarafından veya bilinçsiz kişilerce tedavi amacı ile yapılmış olduğu literatürde bildirilmiştir^{1,2}.

Karın içi basınç karının ön ve yan yüzlerini kaplayan karın duvarı, diafram hareketleri ve toraks boşluğunun emici etkisi ile değişkenlik gösterir. Bu basınç değişikliği esnasında barsaklar da elastiki yapıları sayesinde, mezolarının ve asıcı bağlarının izin verdiği kadar hareket ederler. Karın duvarı fıtığı olan olgularda, karın duvarı bütünlüğü bozulmuş ve peritondan oluşmuş bir kese içinde karın içi organlar fıtıklaşmıştır. Bu kese içerisinde sıklıkla barsaklar, omentum, mesane gibi organlar serbest veya fıtık kesesine yapışık halde bulunabilirler. Bu tip yapışıklıklar yüzünden barsakların hareket kabiliyeti ve elastikiyetleri bozulabilir. Karın duvar defekti küçük ve fıtıklaşan organ hacmi büyük ise, fıtık kesesi içinde basınç



daha da yükselecektir. Travma, direkt fitik kesesi üzerine gelse de gelme de karın içi basıncı artırarak, peritoneal boşluk ile bağlantılı olan fitik kesesi içindeki basıncı da artırabilir. Bu tip yaralanmalar emniyet kemeri yaralanmalarında gelişebilir³. Yapışıklıklar veya dar fitik boynu yüzünden hareket kabiliyeti azalan fitik kesesi içindeki barsaklarda yaralanmalar gelişebilir. Aynı şekilde bu basınç artışının barsak lümeni içindeki basıncı da artırdığını düşünebiliriz, ki bu şekilde yaralanma örnekleri bildirilmiştir³⁻⁶. Olgularımızda da aynı şekilde patlama tarzında yaralanmaları düşündürecek yaralanmalar tespit edilmiştir.

Her iki olgumuz da akut karın bulguları dolayısıyla ameliyat edildi. Basit tamir yeterli olmuştur ve hastalar sorunsuz olarak taburcu edilmiştir. Bunda peritonit tablosunun bulunmayışının etkisi olduğunu düşünüyoruz. Göbek altı orta hat kesileri yeterli olmuş, ayrıca kasık kesileri uygulanarak kasık kanalı incelenerek prolen yama ile onarım uygulanmıştır. Her iki olguda da hem periton içinde, hem de kasık kanalında kolleksiyona dolayısıyla da intestinal içerik ile kontaminasyona rastlanmamıştır.

Literatürde laparoskopik yaklaşım olgular mevcuttur⁷. Biz kendi olgularımızda laparoskopik ince barsak yaralanması tamiri tecrübemiz yetersiz olduğu için laparoskopik yaklaşımı tercih etmedik. Transperitoneal yaklaşım olarak karın incelenmesini takiben, inguinal fitik tamir edilebilir veya ayrıca inguinal kesi ile fitik tamiri uygulanabilir. Laparoskopik yaklaşım ve laparoskopik ince barsak tamirinin ancak emin ellerde yapılması gerektiğine inanıyoruz. Yukarıda bahsettiğimiz türde yaralanma mekanizmasının boğulmuş fitiklerin dışardan elle reddedilmesi sonucunda da gelişebileceğini varsayarak bu müdahalenin uygulanmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Olgularımızda rastladığımız barsak yaralanmaları primer tamir ile rahatlıkla onarılabildi. Karın içinde peritonit tablosu çok ağır değildi. İnguinal kanal ise kontamine olmamıştı. Bu yüzden fitik onarımını aynı seansta yapmayı

uygun gördük. Ancak yaygın peritonit, inguinal kanal içerisinde perforasyon esnasında kontaminasyon, sepsis gibi hallerde inguinal kanal tamiri ikinci bir seansa da bırakılabilir. Ayrıca bu gibi durumlarda prostetik materyal kullanılmayan yöntemler de seçilebilir. Olgularımızda bu durumların bulunmayışı, prostetik materyal kullanma nedenimizdir.

İnguinal fitiklerin nadir bir komplikasyonu olan travmatik barsak yaralanmaları olgularımızda bariz bir şekilde inguinal bölgeye izole travma sonucunda oluşmuştu. Ancak çoklu travmalı olgularda inguinal kanalın da muayene edilmesinden yanayız. İnguinal kanala direkt gelmeyen travmalarda da gelişebileceği akıldaki tutulmalıdır. Fitik tamiri cerrahın kararına bağlıdır. Peritonit gelişmiş veya fitik kesesi de kontamine olmuş olgularda, genel durumu bozuk olgularda uygulanmamasından yanayız. Fitik tamirinin şekli de kontaminasyon ile ilişkilidir diye düşünüyoruz. İnguinal kanalın kontamine olmadığı olgularda prostetik materyal kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sabo SY, Chirdan LB. Small bowel and mesenteric injury following traditional treatment and self-inflicted trauma to inguinal hernia. *East Afr Med J* 1999; 76(9): 533-4.
2. Ben-Aharon U, Ben Sira MI, Halperin D. Small bowel perforation within an inguinal hernia due to a foreign body. *Isr Med Assoc J* 2000; 2(9): 719.
3. Angio LG, Rivoli G, Bagnato U, et al. Blunt hernia trauma with ileal perforation and incidental finding of Taenia saginata infestation. *Chir Ital* 2000; 52(5): 603-9.
4. Reynolds RD. Intestinal perforation from trauma to an inguinal hernia. *Arch Fam Med* 1995; 4(11): 972-4.
5. Kuc K, Drozd J, Trzosinski R. Blunt abdominal injury as a cause of rupture of the small intestine within the sac of an inguinal hernia. *Pol Przegl Chir* 1969; 41(8): 1062-3.
6. Öncel M, Kurt N, Eser M, Bahadır İ: Small bowel perforation due to blunt trauma directly to the inguinal region: A case report. *Hernia* 2003; 7: 218-9.
7. Nussbaumer P, Weber D, Hollinger A. Traumatic perforation of the small intestine-a rare complication of inguinal hernia. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000; 89(21): 934-6.