

Amyand Herni Vakalarında Apendektomi ve Rutin Yama Kullanımının Yeri

Cemal Kaya¹, Ufuk Oğuz İdiz¹, Emre Bozkurt¹, Pınar Yazıcı¹, Uygur Demir¹, Mehmet Mihmanlı¹

ÖZET:

Amyand herni vakalarında apendektomi ve rutin yama kullanımının yeri

Amaç: Amyand fıtığı, inguinal fıtık kesesi içerisinde apendiks bulunma hali olup genellikle rastlantısal olarak saptanır. Amacımız olgulara uygulanan tedavileri değerlendirerek nadir görülen bu herniye yönelik tedavi yaklaşımını ve özellikle apendektomi ve herni onarımı için greft kullanımı sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Kliniğimizde Ocak 2000-Mayıs 2015 tarihleri arasında ameliyat edilen 6630 inguinal fıtıktan, Amyand fıtığı saptanan 12 hastanın klinik bulguları, laboratuvar sonuçları ve tedavi yöntemleri retrospektif olarak incelendi. Apendiks inflamasyonu olan hastalara Moloney Darn herni onarımı (ağ örme) yapılırken, apendiks inflamasyon bulgusu olmayan hastalara ise Lichtenstein herni onarımı yapıldı.

Bulgular: Hastaların tümü erkek olup yaş ortalaması 48.9±13 yıl (28-67 yıl) idi. Hastaların en sık başvuru şikayeti sağ kasıkta şişlik ve ağrı idi. Üç hastada acil, 9 hastada ise elektif ameliyat sırasında tanı kondu. Bütün hastalara apendektomi yapıldı. Üç hastada fıtık anatomik yöntemle tamir edilirken, 9 hastaya prolen greft onarımı yapıldı. Perfore apandisitisi olan bir hastada yara yeri enfeksiyonu (%8.3) gelişirken diğer hastalar sorunsuz, taburcu edildi. Ortalama 80.4±60 aylık (8-180 ay) takip sonucunda hiçbir hastada nüks saptanmadı.

Sonuç: Amyand fıtığında nüksü önlemek için ciddi enflamasyon bulguları yoksa apendektomi eşliğinde greft ile fıtık tamiri güvenli bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Amyand hernisi, apendiks, inguinal herni, lichtenstein onarımı

ABSTRACT:

The routine use of mesh and the role of appendectomy for the Amyand's hernia cases

Objective: Amyand's hernia is described as the presence of vermiform appendix in the inguinal hernia sac and this condition is mostly incidental. The aim of this retrospective analysis was to evaluate the role of appendectomy and the mesh repair in the patients with Amyand's hernia.

Material and Methods: The clinical and laboratory findings, and treatment modalities of 12 patients with Amyand's hernia among 6630 inguinal hernia patients who underwent surgery between January 2000 and May 2015, were retrospectively recorded. Moloney darn repair was performed in the patients who had inflamed appendix whereas Lichtenstein repair was performed in the patients who had non-inflamed appendix.

Results: All of the patients were male with a mean age of 48.9 years (range 28-67 years). The most common symptoms and pain in the patients were swelling of the right inguinal area and pain. Three patients underwent emergency surgery due to incarcerated right inguinal hernia while remaining nine patients underwent elective surgical repair. The diagnosis of Amyand's hernia was made during hernia surgery and routine appendectomy was performed in all patients. The only complication was the wound infection which was observed in the patient with perforated appendicitis (8.3%). The mean follow-up period was 80.4 months (range: 8-180 months) and there were no recurrent cases.

Conclusion: The appendectomy can be performed safely in the patients with Amyand's hernia. The repair for inguinal hernia may provide satisfactory results in the absence of inflammation.

Keywords: Amyand's hernia, appendix, inguinal hernia, lichtenstein repair

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(4):315-8



Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Emre Bozkurt,
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:
dr.emrebozkurt@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
3 Temmuz 2016 / July 3, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance:
22 Ağustos 2016 / August 22, 2016

GİRİŞ

Kasık fıtığı genel cerrahide en sık karşılaşılan rahatsızlıklardan biri olup çoğunlukla fıtık kesesinin içerisinde omentum veya barsaklar bulunmaktadır. Çok nadiren fıtık kesesinin içerisinde apendiks bulunabilmektedir. İlk kez 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanan bu durum Amyand Hernisi (AH) olarak adlandırılmaktadır (1). AH apendiks inflamasyonunun derecesine göre (a) enflame olmayan, (b) enflame ve (c) perforate apendiks olarak sınıflandırılır (2). AH'de apendiks normal olarak fıtık kesesi içerisinde görülme oranı %1 iken, enflame olmuş apendiks görülme sıklığı %0.13'dür (3-5).

Amyand Herni saptanan olgularda sağ inguinal insizyon ile apendektomi ve primer herni onarımı sıklıkla tercih edilen tedavi yöntemidir. Fakat perforasyon veya pelvik abseden şüphelenilen durumlarda göbek altı medyan insizyon uygulanmaktadır (6,7).

Ameliyat öncesi tanısı oldukça zor olan ve tedavisinde halen görüş farklılıkları mevcuttur. Biz bu çalışmada kliniğimizde son 15 yıllık süre içerisinde yapılmış olan AH vakalarını değerlendirerek bu hastaların tedavi yaklaşımlarında apendektomi ve inguinal herni onarımında greft kullanımının rolünü incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hasta Seçimi

Bu çalışmada Ocak 2000 ile Mayıs 2015 tarihleri arasında kliniğimizde inguinal herni tanısıyla acil veya elektif olarak ameliyat edilen 6630 hasta vardı ve fıtık kesesi içerisinde apendiks saptanan hastaların dosyaları retrospektif olarak analiz edildi. Operasyon öncesinde tüm hastalardan inguinal herni ameliyatı için onam formu alındı. Preoperatif risk değerlendirmesi için ASA (Amerikan Anesteziyoloji Birliği) skorlaması kullanıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, fizik muayene, radyoloji ve laboratuvar bulguları, ameliyat gözlem bulguları, yapılan cerrahi prosedür ve postoperatif komplikasyon bilgileri kayıt edildi. Hastaların tümüne preoperatif intravenöz 1 gr Sefazolin (Sefazol®, Mustafa Nevzat İlaç Sanayi, İstanbul, Türkiye) profilaksi amaçlı yapıldı.

Cerrahi Prosedür

Fıtıkların onarımı apendiks inflamasyon durumuna göre belirlendi. Enflame apendiks olan vakalara Moloney Darn herni onarımı (ağ örme) (MHO), herhangi bir inflamasyon olmayan vakalara ise Lichtenstein gerilimsiz herni onarım (LHO) uygulandı. Anatomik olarak doku onarımı tercih edilen vakalarda takviye 2-0 Polipropilen (Prolene®, Ethicon, Somerville, New Jersey) suture materyali ile ağ örme şeklinde yapıldı. Greft kullanılan hastalarda ise standart olarak 8*15 cm'lik Polypropylene Yama (Prolene®, Ethicon, Somerville, New Jersey) ile Lichtenstein gerilimsiz herni onarımı yapıldı. Tüm hastalara telefonla ulaşılarak kontrole çağrıldı ve nüks durumu kontrol edildi.

İstatistiksel Analiz

Tüm datalar excel dosyasına girilerek tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak gösterilirken numerik değişkenler ortalama ve standart sapma olarak belirtilmiştir.

BULGULAR

Inguinal fıtık nedeniyle 15 yıllık dönem içerisinde ameliyat edilen 6630 hastadan 12'sine (%0.18) AH tanısı kondu. Çalışmaya katılan 12 hastanın ortalama yaşı 48.9±13 yıl (28-67 yıl) olup tümü erkek idi. Has-



Resim-1: Amyand hernisi (Elektif operasyon görüntüsü)

Tablo-1: Tüm hastaların demografik özellikleri, cerrahi-ilişkili veriler

Hasta No:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Yaş (yıl)	38	49	67	62	28	34	40	58	39	47	61	64
Fıtık öyküsü, (ay)	3	6	84	96	6	12	18	24	24	48	78	84
Fıtık aciliyet durumu	AC	AC	AC	EC	EC	EC	EC	EC	EC	EC	EC	EC
Anestezi Tipi	Gen	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp
Kan lökosit düzeyi (mCL)	22500	14300	11750	8500	6350	4800	9000	5700	5200	8340	7300	7730
Serum CRP (mg/l)	78	110	35	2	1	8	17	1.5	4	5	4.3	6
Herni tamir tipi	MDO	MDO	MDO	LMO	LMO	LMO	LMO	LMO	LMO	LMO	LMO	LMO
Aspiratif dren	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Komplikasyon	(+) CAE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hastanede kalış süresi (gün)	9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Nüks	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Takip (ay)	134	65	8	33	180	142	159	67	49	92	22	14

CAE: cerrahi alan enfeksiyonu, CRP: C-reaktif protein, MDO: ağ örme, LMO: Lichtenstein herni onarımı, Gen: genel anestezi, Sp: spinal anestezi, AC: acil şartlarda, EC: elektif

taların ortalama fıtık tanısı alma zamanından geçen süre 40.25 ± 35 ay (3-96 ay). Hastaların başvuru şikayetleri arasında sağ kasıkta şişlik ve ağrı tüm hastalarda mevcuttu. Bu hastalardan üçü (%25) inkarasyon düşünülüp acil olarak ameliyat edilirken, dokuz (%75) ise elektif fıtık ameliyatı sırasında saptanan hastalardı (Resim-1).

Hastaların tümüne spinal anestezi işlemi ile başlandı, laparotomi yapılan bir hastada genel anesteziye geçildi. Bütün hastalara apendektomi uygulandı (Tablo-1). Acil ameliyat edilen üç hastanın birinde apendiks perforasyonu nedeniyle fıtık kesesinde yoğun apse içeriği ve enflamasyon bulguları saptandı. Bu hastada göbek altı median insizyon ile apendektomi ve apse drenajı uygulandı. Diğer iki hastada ise akut flegmenöz apandisit bulguları vardı. Elektif hastaların tümüne standart teknikle apendektomi yapıp güdük gömüldü. Acil olarak ameliyat edilen hastalara MHO tekniği uygulanırken, elektif ameliyat yapılan hastalar için LHO tekniği tercih edildi.

Acil vakaların tümüne enflame apendiks olması nedeniyle, elektif olarak ameliyat edilen iki hastaya ise herni kesesinin skrotuma kadar uzanması sebebiyle yapılan geniş diseksiyon nedeniyle aspiratif dren kondu. Ortalama postoperatif 2. günde drenleri alındı (aralık:1-4 gün). Hastaların ortalama yatış süresi 3 gündü (2-9 gün). Apendiks perforasyonu olan bir hastanın yatışı sırasında yara yeri enfeksiyonu gelişmesi sebebiyle postoperatif 9. günde taburcu edilebildi. Hastaların ortalama takip süresi 80.4 ± 60 ay (8-180 ay) idi. Postoperatif takip dönemi boyunca hiçbir hastada nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

Genel cerrahi ameliyatlarının büyük bir kısmını oluşturan kasık fıtığı hastaları her yaş grubunda görülebilmekte, acil veya elektif olarak karşımıza çıkabilmektedirler. Buna karşın fıtık kesesinin içerisinde apendiks bulunması oldukça nadir olup insidansı %1'dir (3-5). Çalışmamızda ise bu oran literatürün altında, %0.18 olarak saptandı.

Amyand hernisinin patofizyolojisi tam olarak netlik kazanmamış olmakla birlikte kronik bir süreç olarak tanımlanır. İnkarsere ya da sliding herni kesesindeki apendiks enflamasyonuna sebep olan olayın inkarasyonun kendisi olabileceği bildirilmektedir (8). Karın kaslarının kasılması sonucu intraabdominal basıncın artması ve kronik fıtıklarda oluşan yapışıklıklar, apendiks mezosunu sıkıştırarak apendiks kanlanması bozar ve bunun sonucunda enflamasyona ve bakteriyel kolonizasyona neden olarak apandisit gelişimine yol açabilir (8).

Fıtık kesesi içerisinde apendiks, enflame veya perfor olduğunda hastalar genellikle strangule herni kliniği ile karşımıza çıktığından, preoperatif tanı konması güçtür (9). Akut ağrı ve şişliğe eşlik eden bulantı, kusma ve lökositöz strangüle hernilerde de olabileceğinden tanıda yol gösterici değildir (9,10). Rutin olmamakla birlikte bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi tanıda kullanılabilir (10). Çalışmamızda akut klinik tablo ile başvuran üç hastaya da batın USG'si çekilmiş ancak AH tanısı konamamıştır, elektif vakalarda ise hiçbir hastamıza fıtığı tanımlamaya yönelik radyolojik tetkik yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır.

Amyand hernisi saptanan hastaların tedavi yakla-

şımları fitik kesesi içinde bulunan apendiksın inflamasyon durumuna, hastanın yaşına, peritonite bağlı cerrahi alanın enfekte olup olmasına ve ek patoloji varlığına göre değişmektedir. Kese içinde bulunan apendiks eğer enflame ya da perfore ise en fazla kabul gören prosedür apendektomi ve aynı insizyon kullanılarak herni tamiri yapılmasıdır (11). Losanoff ve ark. (12), fitik kesesi içinde enflame olmayan apendiks varlığında çocukluk ve adolesan dönemde akut apendisit insidansının daha yüksek olması nedeniyle apendektomiye önermektedir. Ancak, bu görüşlerin yeterince kanıtı olmadığı gerekçesiyle apendektomiye karşı çıkanlar da vardır (1). Ofili ve ark. (13) AH saptadığı 11 hastaya apendektomi uyguladığını; nüks fitik veya yara yeri enfeksiyonuna rastlamadığını bildirmiş ve tüm AH'lere apendektomi yapılması gerektiğini savunmuştur.

Bir diğer tartışmalı konu ise fitik tamiri için prostetik materyal kullanımınıdır. Erişkinlerdeki Amyand fitiği olgularında prostetik materyalin ameliyat sahasına konulmasının enfeksiyon riskini artıracak veya apendiksın perfore olduğu durumda yama yerleştirmenin kontrendike olduğu bildirilmiştir (14). Perfore olan olgularda fitik onarımı için sentetik yama kullanımını sonucu enflamatuvar yanıtın artması ve kontaminasyonun varlığı nedeniyle yara yeri enfeksiyonu ve apendiks güdüğünden fistül gelişebilir. Carey ve ark. (15) apendektomi uygulanan AH olgularında

fitik onarımı için prostetik materyal kullanımı sonucu enflamatuvar yanıt ve kontaminasyon nedeni ile yara yeri enfeksiyonu ve apendiks güdüğünden fistül gelişme riskinin arttığını savunmakta iken Campanelli ve ark. (16) 10 hastalık serisinde, herni onarımı için yama kullanmışlar ve herhangi bir komplikasyon bildirmeyip, enfekte olmadıkça prostetik materyal kullanılabileceğini savunmuşlardır.

Biz çalışmamızda akut olgular dışındaki hastalarda fitik kesesinden apendiksı güvenli bir şekilde serbestleştirdikten sonra kontaminasyonu engelleme konusunda hassasiyet göstererek apendektomi uyguladık. Elektif vakalara apendektomi yapılması kararımızın esas sebebi patolojilerin birbiriyle ilişkili olması ve aşırı serbestleşmiş apendiksın rotasyon veya beslenme problemleri yaratabileceği fikri idi. Fitik onarımı sırasında ise yoğun enflamasyon ve enfeksiyon bulguları olmadığı görülen hastalara LHO tekniği onarım kararı verildi. Hiçbir hastada greft kullanımına bağlı herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ

Amyand hernisi saptanan olgularda apendektomi yapılabileceği ve cerrahi alanda yoğun enflamasyon bulguları yoksa sentetik materyal ile yapılacak herni tamirinin güvenli olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S, Gil Olarte MA, Alonso N et al. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 707-15. [CrossRef]
2. Inan I, Myers PO, Hagen ME, Gonzalez M, Morel P. Amyand's hernia: 10 years' experience. *Surgeon* 2009; 7: 198-202. [CrossRef]
3. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand herni. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2004; 30: 225-6.
4. Morales-Cárdenas A, Ploneda-Valencia CF, Sainz-Escárrega VH, Hernández-Campos AC, Navarro-Muñiz E, López-Lizarraga CR, et al. Amyand hernia: Case report and review of the literature. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015;4:113-5.
5. Bakhshi GD, Bhandarwar AH, Govila AA. Acute appendicitis in left scrotum. *Indian J Gastroenterol* 2004; 23: 195.
6. Kidmas AT, Iya D, Yilkudi MG, Nnadozie U. Acute appendicitis in inguinal hernia: report of two cases. *East Afr Med J* 2004; 81: 490-1. [CrossRef]
7. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia* 2007; 11: 31-5. [CrossRef]
8. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50-1.
9. Nigri G, Costa G, Valabrega S, Aurello P, D'Angelo F, Bellagamba R, et al. A rare presentation of Amyand's hernia. Case report and review of the literature. *Minerva Chir* 2008; 63: 169-74.
10. Laermans S, Aerts P, De Man R. Amyand'a hernia: Inguinal hernia with acute appendicitis. *JBR- BTR* 2007; 90: 524-5.
11. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 121-2.
12. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2007; 12: 325-6. [CrossRef]
13. Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal herniorrhaphy could be beneficial. *Ethiop Med J* 1991; 29: 37-8.
14. Anagnostopoulou S, Dimitroulis D, Troupis TG, Allamani M, Paraschos A, Mazarakis A et al. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 4761-3. [CrossRef]
15. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery* 1967; 31: 236-8.
16. Campanelli G, Nicolosi FM, Pettinari D, Contessini Avesani E. Prosthetic repair, intestinal resection and potentially contaminated areas: safe and feasible? *Hernia* 2004; 8: 190-2. [CrossRef]