

MEKANİK BARSAK TIKANIKLIĞINA NEDEN OLAN STRANGÜLE OBTURATOR HERNİ “OLGU SUNUMU”

STRANGULATED OBTURATOR HERNIA : A CAUSE OF SMALL BOWEL OBSTRUCTION “CASE REPORT”

Dr. Taner ÇOLAK Dr. Okan ERDOĞAN Dr. Sabri TEKİN Dr. Mustafa Akaydın

SUMMARY : *Obturator hernia is a rare pelvic hernia but the outcome may be serious when it is associated with difficult in diagnosis. A 83 year old male .attending to the emergency department with mechanical intestinal obstruction and hipovolemic shock was managed with small bowel obstruction due to strangulated obturator hernia during laparotomy. Partial ileum resection and hernia repair were performed at the same session. The patient died 2 days after the operation because of pulmoner failure. Obturator hernia , which is a rare cause of the small bowel obstruction, should be kept in mind in elderly emaciated patients with chronic disease who have signs with mechanical intestinal obstruction,*
Key words : *Obturator hernia, mechanical ileus*

Strangüle obturator herni, genellikle ileri yaş grubundaki hastalarda görülür ve mekanik barsak tikanıklıklarının nadir bir nedenidir. Ameliyat öncesi tanı tablonun net olmaması nedeni ile genellikle ameliyat sırasında konulmaktadır. Tanı yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen ameliyat öncesi tanı oranı düşük ve mortalitesinin yüksek olduğu bildirilmektedir (1,2,3) . İlk olarak Arnaud de Ronsil tarafından 1724 yılından tanımlanan obturator herni sayısı, literatürde 600 olguya ulaşmıştır (3). Strangüle obturator herni olgularında mortalite oranı % 10-50 arasında bildirilmektedir (1,3,4,5).

OLGU

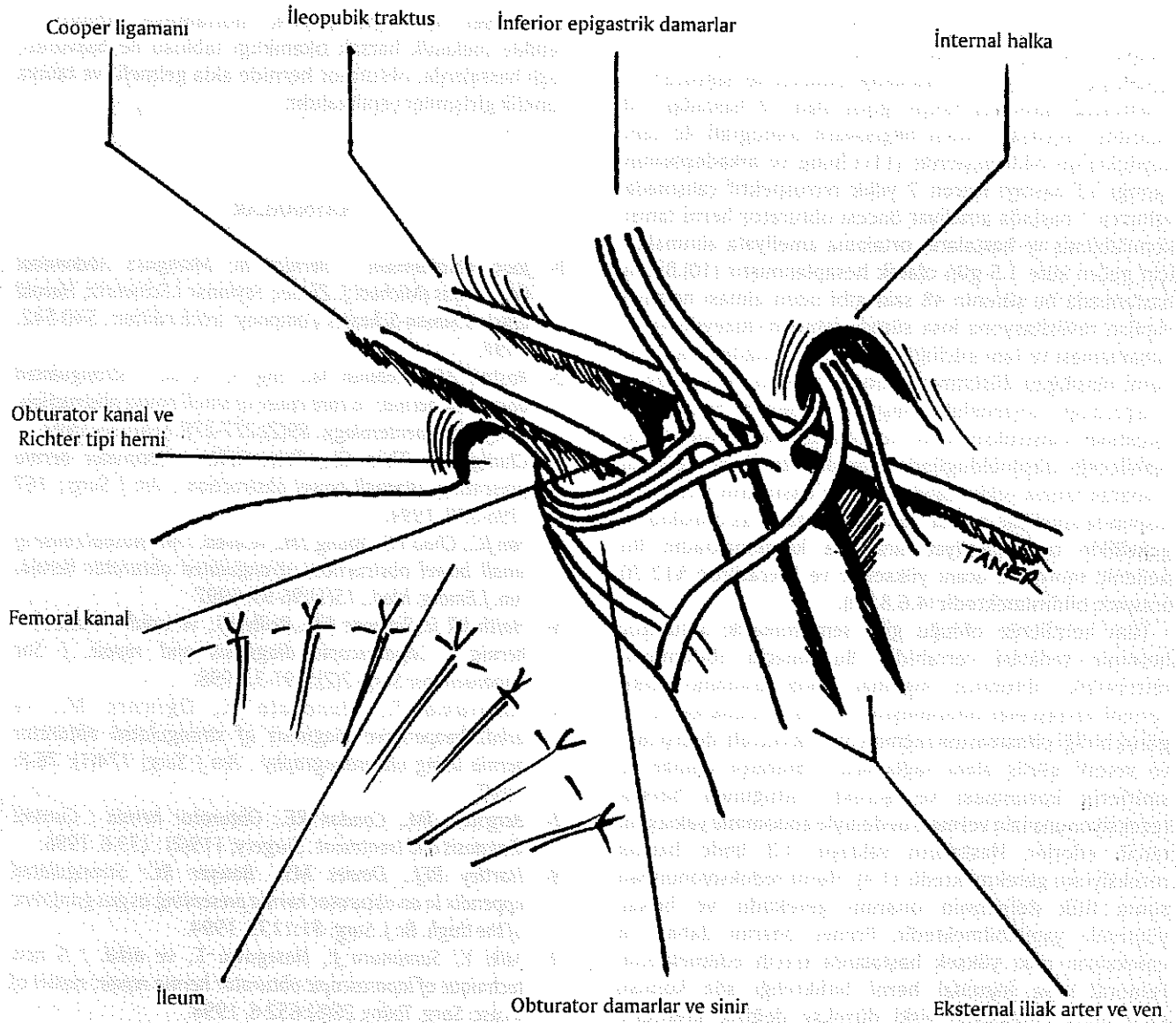
İki haftadır devam eden kolik tarzda karın ağrısı, bulantı, kusma ve konstipasyon yakınmaları ile başvuran 83 yaşında erkek hastanın hikayesinde, son 3 yıl içerisinde 40 kg zayıfladığı ve son 1 yıldır da yemeği takiben gelişen karın ağrısı nedeni ile "yemek korkusu" olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hasta; kaşektik görünümde ve dehidrate idi. TA: 100/70 mmHg , Nb:76/dk ,vücut ısısı 36.2°C, solunum sayısı 24/dk olarak bulundu. Karın muayenesinde abdominal distansiyon ve yaygın hassasiyet dışında patoloji tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde ; Hb 11.7g/dl, Htc 34.6, WBC 1400/mm³,

Glukoz 93mg/dl, BUN 38mg/dl, kreatinin 1.27mg/dl, ALT 36 U/ml, AST 53 U/ml, serum amilazı 205 U/ml, Na 136 mEq/ml, K 3.6 mEq/ml pCO₂ 38.4mmHg, pO₂ 47mmHg, pH 7.54, O₂sat %87.4 olarak bulundu. Ayakta direkt karın grafisinde, az sayıda ince barsağa ait hava-sıvı seviyesi vardı. Ultrasonografide, genişlemiş içi sıvı dolu barsak ansları dışında patoloji saptanmadı. Hasta mekanik barsak tikanıklığı ve buna bağlı hipovolemi tanısı ile yatırıldı. Santral venöz kateter, mesane kateteri ve nasogastrik sonda konuldu. Sıvı ve elektrolit tedavisi düzenlendi ve 48 saatlik tedaviden sonra ameliyata alındı. Hastanın genel durumunda istenen düzelmelerin kısa süre içerisinde gözlenememesi ve operatif mortalite olasılığının yüksek olduğunun düşünülmesi ameliyat öncesi sürenin uzamasına neden olmuştur. Laparatomide bir ileum ansının Richter tipinde sağ obturator herni defekti içerisinde strangüle olduğu gözlemlendi (Resim 1). Barsak ansı serbestleştirildi ve oluşan nekroz nedeni ile 10 cm lik ince barsak rezeksiyonu ve uçuca anostomoz yapıldı. Yaklaşık 1.5 cmlik fitik defekti polypropylene sütürler ile primer onarıldı. Hasta ameliyat sonrası ikinci günde, akut solunum yetmezliği sonrası gelişen kardiyak arrest ile kaybedildi.

TARTIŞMA

Obturator herni az görülen bir fitik türü olup, tüm herniler içinde sıklığı % 0.07- % 0.4 olarak bildirilmiştir. Mekanik barsak obstrüksiyonu olan hastaların yaklaşık % 0.5 'inde neden obturator hernidir (1,2,5). Kadın/erkek

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
Yazışma Adresi: Dr. Taner ÇOLAK
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
Arapsuyu - ANTALYA 07070



oranı 6/1 olup kadınlarda sağda erkeklerde ise daha çok solda görüldüğü bildirilmiştir. (1). Genellikle "Richter" tipinde olup iki taraflı görülme sıklığı %6 olarak bildirilmiştir (3). Herni kesesine en çok ileum ve jejunum ansının girdiği bildirilmiş ise de kolon, appendiks, omentum, Meckel divertikülü, mesane, overler ve Fallop tüpleri bulunabilir (1,2,3). Doğurganlık çağındaki kadınlarda obturator kanal defekti içinde endometriozis vakaları bildirilmiştir (4). Predispozan faktörler fazla doğurganlık, düşük vücut ağırlığı, kronik konstipasyon ve KOAH gibi karın içi basıncını arttıran durumlardır (1,5).

Obturator herninin dört ana bulgusu olduğu belirtilmektedir. Fakat bunların hepsini bir arada bulma oranı % 5 den azdır. İntestinal obstrüksiyon en sık görülen klinik tablo olup hastaların yaklaşık %80 'inde görülebilir. Genellikle strangülasyonla birlikte olan akut obstrüksiyon şeklindedir. İkinci sıklıkta görülen bulgu Howship

Romberg bulgusudur ve % 50 oranında bulunduğu ifade edilmektedir. Bu bulgu obturator sinirin anterior dalının herni içeriği tarafından sıkıştırılması sonucunda uyluğun alt bölümünde, diz ve ayak ekleminde ağrı ile karakterizedir. Eğer herni kesesi pectineus kasından aşağıya doğru ilerlerse kasıkta kitle olarak palpe edilebilir. Bu kitle en iyi uyluğun fleksiyon, addüksiyon ve dış rotasyonunda palpe edilir. Strangüle obturator hernili hastalarda iki belirtiden daha bahsedilebilir. Bunlar uyluğun iç kısmında, inguinal ligamentin altında görülen ekimoz ve vaginal muayenede lateralde obturator alanda ele gelen hassas kitledir. Ayrıca yaşlı hastalarda barsak nekrozuna bağlı uyluk iç yüzünde abse gelişebileceği bildirilmiştir (8).

Obturator herni tanısının ameliyat öncesinde ancak % 25-33 oranında konulabildiği bildirilmiştir. (1,2,3,4,5,6). Klinik bulgular yanında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi,

laparoskopji, kontrast herniografi ve baryumlu incelemeler tanıda yardımcı olabilmektedir (1,5,6,7,11). İjiri ve arkadaşları ince barsak tıkanıklığı tablosu ile başvuran ve ameliyatta obturator herni tanısı alan 17 hastadan 10 tanesine ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi ile tanı koyduklarını bildirmişlerdir (11). Chung ve arkadaşlarının yaptığı 12 hastayı içeren 7 yıllık retrospektif çalışmada yalnızca 1 hastada ameliyat öncesi obturator herni tanısı konulabilmiş ve hastaların ortalama ameliyata alınmaları için geçen süre 1.5 gün olarak hesaplanmıştır (10). Bizim hastamızda bu sürenin 48 saat gibi uzun olması hastaya yapılan resüsitasyona kısa sürede istenen düzeyde yanıt alınmaması ve tanı güçlüğüdür. Ancak hastada obturator herni olasılığını düşünmenin doğru tanının ilk aşamasını oluşturduğu söylenebilir. Yaşlı ve kaşektik hastalarda, intestinal obstrüksiyonun varlığında, obturator herni olabileceği düşünüldüğünde Howship-Romberg bulgusu aranarak tanıya yaklaşılabılır. Yinede hastaların büyük bir kısmında ameliyat öncesi tanı koyma şansı az olmakta ve genellikle tanı ameliyat sırasında konulmaktadır. Bu nedenle mortalite oranı yüksektir ve literatürde %12-70 arasında bildirilmektedir (4,6,8,10).

Tüm hernilerde olduğu gibi semptomatik obturator herninin tedavisi cerrahidir. Bu amaçla abdominal, retropubik, obturator, inguinal, yada kombine farklı cerrahi yaklaşımlar önerilmiştir (1,3). Bu konuda kesin bir görüş birliği olmamasına rağmen bir çok cerrah, doğru tanı ve yeterli görüş alanı sağlanması, obturator damar ve sinirlerin korunması ve gerekli olduğunda barsak rezeksiyonuna izin vermesi nedeniyle abdominal yaklaşımı tercih ederler. Hastaların yaklaşık 1/3 ünde barsak rezeksiyonu gerekmektedir (1,4). Herni redüksiyonundan sonra fitik defektinin onarımı gereklidir ve birkaç yöntemle yapılabilmektedir. Primer onarım daha çok enfeksiyon riski yüksek hastalarda tercih edilmektedir. Femoral veya inguinal herni birtikliliği söz konusu olduğunda enfeksiyon riski düşükse değişik greftlerle onarım tercih edilmektedir. Laparoskopik yöntemlerin günümüzde sık kullanılmasına paralel olarak bu gibi olgularda da laparoskopik yöntemle başarılı onarımlar bildirilmiştir (5,9).

Obturator herniler, yandaş medikal hastalığı bulunan ileri yaş grubundaki hastalarda görülmesi ve tanıdaki

gecikmeler nedeniyle yüksek mortaliteye sahiptir. Özellikle mekanik barsak tıkanıklığı tablosu ile başvuran, yaşlı hastalarda, obturator hernide akla gelmeli ve tanıya yönelik girişimler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Jack Abrahamson ; *Hernias In; Maingot's Abdominal Operations* (Michael J. Zinner, Seymour I.Schwartz, Harold Ellis), A Simon-Schuster Company tenth edition . 540-542. 1997.
- 2- Roston AD., Rahmin M., Eng A., et al. : *Strangulated obturator hernia: a rare cause of small bowel obstruction. Am.J.Gastroenterology.* 89(2):277-278. February 1994.
- 3- Chung YL., Theo GL., Peter WK. : *Obturator hernia presenting as small bowel obstruction . Am J Surg;* 167 :396-398. 1994.
- 4- Yan JC., Chao YC., Young TH., ve arkd. : *An unusual cause of small bowel obstruction: strangulated obturator hernia. Am.J.Emerg. Med.,* 15(1):96-99. 1997
- 5- Haith LR jr., Simeone MR., Reilly KJ., ve arkd. : *Obturator hernia : Laparoscopic diagnosis and repair. J Soc Laparoendosc Surg-2(2):* 191-3. 1998.
- 6- Yokoyama T., Munakata Y., Ogiwara M., ve arkd.: *Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography . Am J Surg;* 174(1): 76-8. 1997.
- 7- Bergstein JM., Condon RE.: *Obturator hernia : Current diagnosis and treatment . Surgery;* 119(2): 133-6. 1996.
- 8- Hartley BEJ., Davies MS., Bowyer RC: *Strangulated appendix in an obturator hernia presenting as gas gangrene of the thigh. Br. J. Surg.* 81:1135. 1994.
- 9- Miki Y., Sumimura J., Hasegawa T., ve arkd. : *A new technique of laparoscopic obturator hernia repair: report of a case. Surg. Today,* 28(6):652-6, 1998.
- 10- Chung CC., Mok CO., Kwong KH., ve arkd.: *Obturator hernia revisited : a review of 12 cases in 7 years. J. R. Coll. Surg. Edinb. ,* 42(2):82-4, Apr 1997.
- 11- İjiri R., Kanamara H., Yokoyama H., ve arkd.: *Obturator hernia ; the usefulness of computed tomography in diagnosis . Surgery,* 119(2):137-40, Feb.1996.