

Incarceration of the left hepatic lobe in incisional hernia: A Case Report

İnsizyonel hernide sol karaciğer lobunun inkarserasyonu

İlker ABCI¹, Zülfikar KARABULUT², Hatice LAKADAMYALI³, H. Olcay ELDEM³

İnsizyonel herniler abdominal cerrahinin geç görülen komplikasyonları olup çeşitli serilere göre hastaların % 0.5-13.9'unda rapor edilmektedir. İnsizyonel herninin nedensel faktörleri hasta, altta yatan hastalık, cerrahi teknikler ve postoperatif komplikasyonlarla ilişkilidir. Sol karaciğer lobunun karın duvarının içinden geçerek deri-altından fıtıklaşması seyrek görülen bir durumdur. Bu olgu raporunda sol karaciğer lobunun içyan segmentiyle ilişkili bir inkarsere insizyonel herni ogusunu tartıştık.

Incisional hernias are delayed complication of abdominal surgery and occur in 0.5-13.9 % of patients according to various reported series. The causative factors of incisional hernia are related to the condition of the patient, the main disease, surgical techniques and postoperative complications. The subcutaneous herniation of the left hepatic lobe through the abdominal wall is a rare condition. In this case report, we discuss an incarcerated incisional hernia associated with medial segment of the left hepatic lobe.

OLGU SUNUMU

Acil sevice başvuran 73 yaşındaki bayan hasta, yaklaşık altı aydır aralıklı olan ancak bir gün önce şiddetlenen özellikle karnın sağ üst kadranda ve göbek etrafında olan ağrı tarif ediyordu. Beraberinde solunum sıkıntısı olan hastanın bulantı ve kusması olmamıştı. Bu şikayetlerle acil servise başvuran hastanın özgeçmişinde altı yıl önce kolüstektomi ve dört yıl önce ileus nedeniyle ameliyat edildiği, bir yıldır tanısı konmuş dilate kardiyomiopati ve hipertansiyonu olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede hasta dispneik görünümde idi ve sırtüstü yatamıyordu. TA: 160/90 mmHg, N:80/dak, vücut ısısı 37° C idi. Kardiovasküler sistem muayenesinde apekte 3/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde sağ ve

sol bazallerde krepitan raller mevcuttu. Karın sağ üst kadranda subkostal insizyon skarının lateral kısmında yaklaşık 3x3 cm'lik sert şişlik mevcuttu ve bu bölgede şiddetli hassasiyet vardı. Defans ve rebound yoktu. Bağırsak sesleri normoaktif. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:12.2 g/dl, Htc:34.9 lökosit:13.000/mm³, glukoz 126mg/dl, BUN 20mg/dl, kreatinin 1 mg/dl, AST 26 U/ml, AST 18 U/ml, amilaz 81 U/ml, alkalin fosfataz 252 IU/l, CK-MB 18 U/l, LDH:487 U/l idi.

Elektrokardiogramda sol dal bloğu ve atrial fibrilasyon mevcuttu. Telemekardiografide ise kardiyotorasik indeks artmıştı ve bilateral plevral efüzyon mevcuttu. Yapılan abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ paramedian subkostal kas defekti ve bu defekten karaciğer sol lop medial segmentin protrüzyonu, abdominal aortada, iliyal

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
³ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

¹ Başkent University Department of Cardiology

² Başkent University Department of Surgery

³ Başkent University Department of Radiology



Resim 1 a ve b. Batın BT'de karaciğer sol lob median segmentinin cilt altına protrüde olduğu kesitler

arterlerde, çölyak arter orjiniinde ve süperior mezenterik arterde aterosklerotik değişiklikler, bilateral plevral efüzyon ve kardiyomegali tespit edildi (Resim1A,1B).

Hasta Kardiyoloji kliniği tarafından düzenlenen tedavi ile takip amacıyla yatırıldı. Takiplerinde lökosit değerleri normale dönen hastanın karın muayene bulguları kayboldu. İnsizyonel herni operasyonu için şu anda kardiyolojik açıdan orta-yüksek riskli olarak değerlendirilen hasta medikal tedavi önerileriyle poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnsizyonel herniler yatrogenik olup operasyonlardan sonra % 1-2 sıklıkta görülürler. Ancak bu oran çeşitli serilerde %0.5-13.9 arasında değişmektedir. ^[1,2] Transvers karın insizyonlarında vertikal insizyonlardan daha az oranda insizyonel herni görülmektedir. ^[3] Subkostal insizyonlardan sonra nadiren insizyonel herni görülebilir. Genel olarak insizyonel herni oluşumundaki risk faktörleri; hastanın durumu, alıtta yatan hastalık, cerrahi teknik ve postoperatif komplikasyonlar olarak dört ana grupta toplanabilir. ^[1-3] Regnard ve ark. ^[4] göre insizyon yeri ve yara yeri enfeksiyonu en belli başlı faktörler olup subkostal insizyon bu açıdan en avantajlı seçimdir. Subkostal insizyonlarda antibiyotik profilaksisi ile kolayca yara yeri enfeksiyonlarının önüne geçilebilmektedir. Özellikle obezite, distansiyon, karın ağrısı ve değişik sebeplerle

yeterli fizik muayene yapılamayan hastalarda yapılacak BT ile sinsi insizyonel herni saptanabilir. ^[5]

Ghahremani ve ark ^[6] yaptıkları çalışmada insizyonel hernili olguların tümünde BT ile defektin yeri, büyüklüğü ve herni içeriği hakkında bilgi edinebileceğini bildirmişlerdir. Olgumuzda da BT ile karaciğer sol lopu medial segmentinin cilt altına protrüzyonu izlendi. Karaciğerin Karaciğer segmentlerinin insizyonel herni içerdiği az sayıda olgu bildirilmiştir. ^[7,8] Karaciğerin yer kaplayan lezyonlar ile veya diffüz büyüdüğü durumlarda protrüzyon daha kolay olacaktır. Centorrino ve ark. ^[8] karaciğer kist hidatik nedeniyle opere edilen bir hastada interkostal insizyonel herninin geliştiği bir olgu bildirmişlerdir.

Olgumuzda insizyonel hernilerde nadiren görülebilen karaciğer sol lop medial segmentinin fasya defektinden cilt altına protrüzyonu saptanmıştır. Protrüde olan karaciğer özellikle kardiyak yetmezlik durumunda insizyonel herni üzerinde ağırlı bir klinik oluşturmuştur. BT tanısı şüpheli ve zor olgularda tanı koydurucu bir tetkiktir. Operasyon sırasında cilt altında karaciğer sol lopunun olabileceği akılda bulundurulur dikkatli davranılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wantz GE. Abdominal Wall Hernias In Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM eds. Principles of Surgery New York: Mc Graw-Hill 1999:1585-1611.
2. Eubanks S. Hernias In: Sabiston DC ed Textbook of sur-

- gery: the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia: W.B Saunders Company 15th ed. 1997; 1215-1233.
3. Greenall MJ, Evans M, Pollock AV. Midline or transverse laparotomy? A random controlled clinical trial. Part I: Influence on healing. *Br J Surg.* 1980; 67(3):188-190.
 4. Regnard JF, Hay JM, Rea S, et al. Ventral incisional hernias: incidence, date of recurrence, localization and risk factors. *Ital J Surg Sci* 1988; 18(3):259-265.
 5. Hojer AM, Rygaard H, Jess P. CT in the diagnosis of abdominal wall hernias: preliminary study. *Eur Radiol* 1997;7:1416-1418.
 6. Ghahremani GG, Jimenez MA, Rosenfeld M, et al. CT diagnosis of occult incisional hernias. *AJR Am J Roentgenol.* 1987; 148(1):139-142.
 7. Neel JC, Mousseau PA, Leborgne J, et al. Abdominal intercostal hernia. Report of four cases. *Sem Hop* 1978; 54(21-24):743-746.
 8. Centorrino T, Ciccolo A, Versaci A, et al. Intercostal incisional hernia: case report. *G Chir.* 1998; 19(11-12):445-447.

