

Paraduodenal internal herniler: İki olgu nedeniyle klinik analiz

Paraduodenal internal hernias: clinical analysis of two cases

Meral ŞEN, Aydın İNAN, Cenap DENER, Mikdat BOZER

'Konjenital intraperitoneal herniler' olarak da bilinen paraduodenal herniler, bağırsak tıkanıklığının ender görülen nedenlerindedir. Bu herniler bağırsağın rotasyonundaki değişimler nedeniyle oluşurlar ve tekrarlayıcı karın ağrılarında akut bağırsak tıkanıklığına kadar değişebilen semptomlar oluştururlar. Bu yazıda mekanik bağırsak tıkanıklığına neden olan biri sol, diğeri sağ iki paraduodenal herni olgusu sunularak paraduodenal hernilerin klinik özellikleri ve cerrahi tedavilerideğerlendirildi.

Anahtar Sözcükler: Herni/tanı/cerrahi; paraduodenal herni; bağırsak tıkanıklığı/etioloji.

Paraduodenal hernias, or so called "congenital intraperitoneal hernias" are rare cause intestinal obstruction. These hernias are caused by variations in intestinal rotation and the patients present with symptoms ranging from intermittent abdominal pain to acute obstruction. We report two cases of obstructive paraduodenal hernias which are at left and right each and review of its clinical features and surgical management.

Key Words: Hernia/diagnosis/surgery; paraduodenal hernia; intestinal obstruction/etiology.

Paraduodenal herniler bağırsağın anormal rotasyonu sonucu meydana gelirler ve tüm internal hernilerin yaklaşık %53'ünü oluştururlar.^[1] Paraduodenal hernilerin yarısında mekanik bağırsak tıkanıklığı görülür, bu olgularda tanı ve tedavide gecikme olduğunda %20'lere varan ölüm oranıyla karşılaşılmaktadır.^[2]

Bu yazıda Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde değerlendirilip tanısı konan ve cerrahi olarak tedavi edilen, paraduodenal internal herniye bağlı mekanik bağırsak tıkanıklığı meydana gelen iki olgunun klinik ve radyolojik bulguları irdelenerek, nadir görülen bu klinik antitenin özellikleri değerlendirildi.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

Yirmi dört yaşındaki kadın hasta göbek çevresinde üç gündür devam eden kramp şeklinde ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş ameliyat öyküsünün, kronik bir hastalığının ve sürekli kullandığı herhangi bir ilaç alımının olmadığı öğrenildi. Fiziksel incelemede; kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 76/dk, ateş: 37°C, karın sol üst ve alt kadrantlarında hassasiyet vardı, ancak defans, ribaund ve distansiyon saptanmadı. Bağırsak sesleri normaktif idi. Rutin biyokimyasal testleri normal sınırlar içinde, lö-

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

Ulusal Cerrahi Kongresi'nde (2004) poster olarak sunulmuştur
(26-30 Mayıs 2004, Antalya).

Department of General Surgery,
Medicine Faculty Hospital of Fatih University, Ankara, Turkey.

Presented at the National Surgery Congress 2004
(May 26-30, 2004, Antalya, Turkey).

İletişim (Correspondence): Dr. Meral Şen, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Alparslan Türkeş Cad., No: 57, 06510 Emek, Ankara, Turkey.
Tel: +90 - 312 - 212 62 62 Faks (Fax): +90 - 312 - 221 32 76 e-posta (e-mail): drmersen@yahoo.com

kosit sayısı $8100/\text{mm}^3$ idi. Ayakta direk karın grafisinde, karın sol üst kadranda ince bağırsağa ait tek bir hava sıvı seviyesi görülmekte idi. Karın ultrasonografisinde (USG), ince bağırsak ansları dilate ve içleri sıvı ile dolu olarak izlendi. Hasta genel cerrahi servisine yatırılarak oral alımı kesildi, nazogastrik sonda takıldı, intravenöz (İ.V.) sıvı replasmanı yapıldı ve izleme alındı. Yaklaşık altı saat kadar izlenen hastada, karın ağrılarının şiddeti ve sıklığı arttı, fiziksel incelemede sol alt ve üst kadranda hassasiyette artış oldu, lökosit sayımı $13000/\text{mm}^3$ 'e çıktı. Hastanın özgeçmişinde ameliyat öyküsünün olmaması nedeniyle olası bir internal herniasyona bağlı mekanik bağırsak tıkanıklığı düşünüldü ve ameliyat planlandı.

Ameliyatta yapılan eksplorasyonda, ileumun son 40 cm'si hariç, tüm ince bağırsakların sol paraduodenal yerleşimli, ön duvarını sol mezokolonun oluşturduğu bir fitik kesesi içerisinde yer aldığı görüldü (Şekil 1a). Sol mezokolondaki inferior mezenterik damarlar korunarak avasküler alandan fitik kesesi açıldı. Kese içindeki ince bağırsakların mezozu etrafında dönerek torsiyone olduğu, ayrıca bağırsak ansları arasında bridlerin bulunduğu ve bağırsaklarda beslenme bozukluğu olmadığı görüldü. Bridler ayrıldı, bağırsaklar detorsiyone edildi, fitik kesesi rezeke edildi ve trietz ligamanı serbestleştirildi. İnférieur mezenterik damarlar etrafındaki periton, posterior peritona nonabsorbabl dikişlerle tespit edilerek fitik orifisi kapatıldı. Ameliyat sonrası

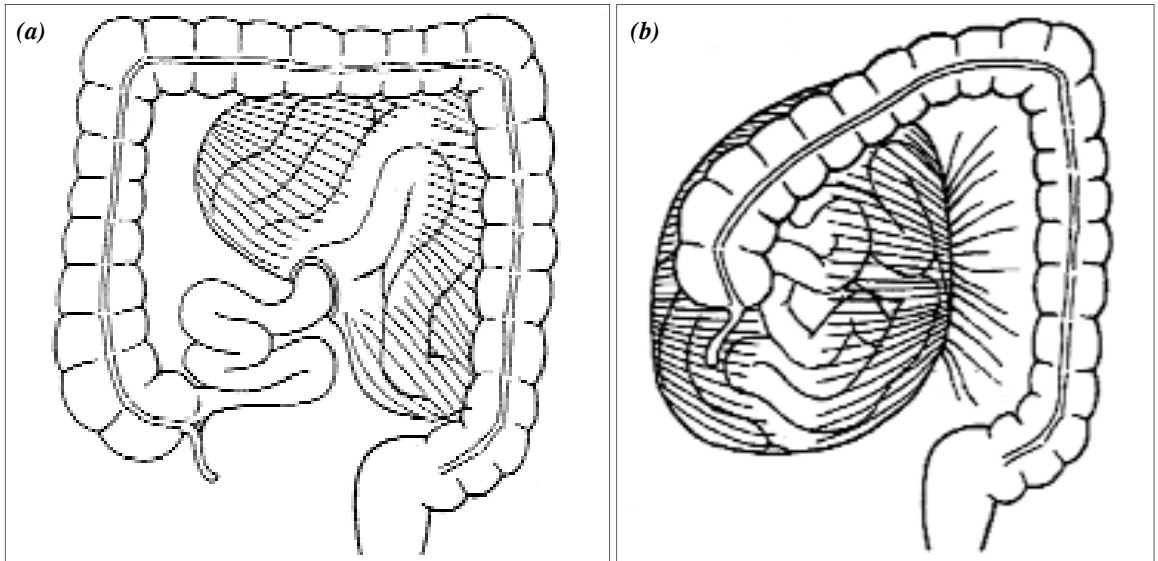
ek sorunu olmayan hasta beşinci gün iyileşerek taburcu edildi. Üçüncü ayda yapılan kontrolünde ya-kınması yoktu ve fiziksel incelemesi normaldi.

Olgu 2

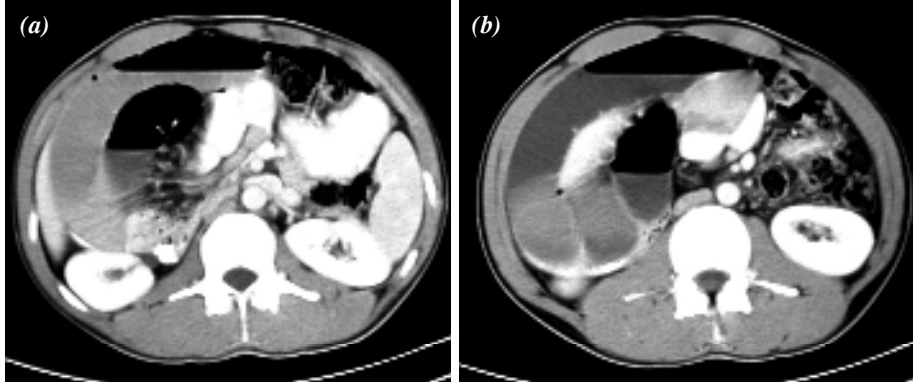
Yirmi yaşındaki erkek hasta yaklaşık dört gündür özellikle sağ alt kadranda hissedilen ağrı, bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkışının olmaması yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş karın ameliyatı, ilaç kullanımı ve kronik hastalık öyküsü yoktu ve çocukluk çağından itibaren ayda 1-2 kez ataklar şeklinde kramp tarzında karın ağrılarının olduğu, yemeklerden sonra şişkinlik ve gaz çıkarmada güçlük yakınmalarının olduğu öğrenildi.

Hastanın vital bulguları; kan basıncı: 120/80 mmHg, nabız: 72/dk, ateş: $36,7^{\circ}\text{C}$ idi. Fiziksel incelemede özellikle sağ üst ve alt kadranda yerleşimli hassasiyet ve distansiyon vardı. Bağırsak sesleri yer yer artmış olarak saptandı. Rutin biyokimyasal bulguları normal sınırlarda idi. Lökosit sayımı yüksekti ($14.000/\text{mm}^3$). Ayakta direk karın grafisinde karın sağ üst ve alt kadranda daha yoğun olmak üzere ince bağırsaklara ait hava sıvı seviyeleri izlendi. Karın USG'de ince bağırsak anslarında dilatasyon saptandı. Hasta, mekanik bağırsak tıkanıklığı düşünülerek genel cerrahi servisine yatırıldı.

Hastanın oral alımı kesildi, nazogastrik sonda takıldı, İ.V. sıvı replasmanı yapıldı ve hasta izleme



Şekil 1. (a) Sol ve (b) sağ paraduodenal herninin ameliyat sırasındaki görünümü.



Şekil 2. Yirmi yaşında erkek olguda sağ paraduodenal herni. Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde dilate ince bağırsak segmentlerini besleyen damarların kese ağzına doğru uzanımı (a) ve herniye segmentlerin bir kese içindeymiş gibi bir araya toplandığı (b) izleniyor.

alındı. Tıkanıklığın nedenini araştırmak amacıyla karın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT kesitlerinde ince bağırsak segmentlerinde dilatasyon, hava-sıvı seviyeleri ve sağ abdomene yerleşmiş olması bir internal herniasyonu düşündürülen bulgular ile karşılaşıldı (Şekil 2a, b). Yaklaşık 24 saat kadar izlenen hastanın karın ağrılarının şiddetinde artma oldu, gaz ve gaita çıkışı gözlenmedi. Fiziksel incelemede sağ alt ve üst kadrantlarda hassasiyette ve distansiyonda artış oldu, lökosit sayımı $16000/\text{mm}^3$ 'e çıktı. Hasta, bu klinik ve radyolojik bulgular ışığında mekanik bağırsak tıkanıklığına neden olmuş sağ internal herni düşünülerek ameliyata alındı.

Ameliyatta ince bağırsakların tamamını içine alan sağ paraduodenal yerleşimli internal herni kesesi ile karşılaşıldı (Şekil 1b). Fıtık kesesi açılarak bağırsaklar detorsiyone edildi. Bağırsaklarda beslenme bozukluğunun olmadığı görüldü. Fıtık kesesi rezeke edilerek periton defekti posterior peritona nonabsorbabl dikişlerle tespit edilerek herni orifisi kapatıldı ve ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası dönemde normal bir seyir izleyen hasta altıncı gün taburcu edildi. Hastanın altıncı ayda yapılan kontrolünde herhangi bir yakınması yoktu ve fiziksel incelemesi normaldi.

TARTIŞMA

Paraduodenal herniler, bağırsak tıkanıklığının ender görülen nedenlerindedir. Tüm bağırsak tıkanıklığı olgularının %1'i internal hernilerden kaynaklanır ve paraduodenal herniler de tüm internal hernilerin %53'ünü oluşturur. Paraduodenal hernisi

olan kişilerin %50'sinde bağırsak tıkanıklığı meydana gelirken geri kalan grupta tamamen sessiz bir seyir izleyebilir.^[1-3]

Anatomik yerleşimine göre sağ ve sol paraduodenal herniler tanımlanmıştır. Erkeklerde kadınlara oranla üç kat daha sık görülür.^[4] Solda görülme oranı sağa göre üç kat daha fazladır. Her yaşta görülebilirse de en sık yaşamın 4. ve 6. dekatları arasında görülür.^[5]

Semptomatik seyreden hasta grubunda akut ya da kronik bağırsak tıkanması oluşabilir. Ortaya çıkan klinik semptomlar, tekrarlayan kramp tarzında karın ağrıları ya da torsiyon sonucu bağırsak tıkanıklığına bağlı gelişen karın ağrısı, bulantı, kusma, distansiyon, gaz ve gaita çıkaramama şeklindedir. Bazı hastalarda çocukluk çağından itibaren tekrarlayan karın ağrısı, distansiyon gibi parsiyel bağırsak tıkanıklığına ait belirtiler vardır.^[5] Üst seviyeli tıkanmalarda kramp tarzında karın ağrısı, bulantı, kusma belirgin iken, alt seviyeli tıkanmalarda distansiyon, kusma gaz ve gaita çıkaramama yakınmaları daha belirgindir.

Bizim sol paraduodenal herni saptadığımız ilk hastanın özgeçmişinde tekrarlayan karın ağrıları yoktu ve üst seviyeli tıkanmalarda tipik olarak görülen kramp şeklinde karın ağrısı ve kusma tabloya hakimdi. Sağ paraduodenal hernili ikinci hastamızda ise karında belirgin distansiyon vardı, bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkaramama yakınmaları tabloya eklenmişti. Bu hastamızın çocukluk çağından itibaren benzer karın ağrılarının olması da sağ paraduodenal herniyle uyumlu idi.

İnternal herni tanısında görüntüleme yöntemleri önemli rol oynar. Direk radyografide bağırsak tıkanıklığı bulguları ve bazen kitle etkisi izlenebilir. Bağırsak anslarında belli bir bölgede toplanma ve yer değiştirmeyen hava sıvı seviyelerine rastlanır. Genellikle pelvis içinde ince bağırsak görülmez.^[1,5,6] Sağ paraduodenal hernilerde BT’de dilate ince bağırsak segmentlerinin kese içerisindeymiş gibi bir arada bulunması karakteristik bulgudur. Kolon tamamen sola doğru itilmiş olarak gözüktür ve malrotasyon şüphesi uyandırabilir.^[7-8] Komşu organlar üzerine kitle etkisi ve herniye ansları besleyen damarların bir araya gelerek herniye segmentlere doğru uzanımı diğer BT bulgularıdır.^[7] Sol paraduodenal hernilerde ise ince bağırsakların midenin arkasında, duodenumun dördüncü kıtasının solunda ya da pankreas kuyruğu komşuluğunda anormal yerleşim göstererek küme oluşturdukları saptanabilir.^[9-11]

Ameliyatı yapan cerrahın daha önceden bu hastalık ile ilgili fikri yoksa ilginç laparotomi bulguları ile karşılaşacaktır. İlk eksplorasyonda ‘boş karın bulgusu’ görülecektir. Sol paraduodenal hernilerde intraperitoneal kavitede sadece ileumun bir kısmının izlendiği, kalan ince bağırsakların herni kesenin içinde yer aldığı ve kesenin üzerinde ise kolonun yer değiştirmiş olarak seyrettiği görülecektir. Sağ paraduodenal hernilerde ise ince bağırsakların tamamının herni kesesi içinde olduğu ve sağ kolonun anormal yerleşimli olarak yine kese üzerinde seyrettiği görülecektir.^[2,3]

Paraduodenal hernilerin tedavisinde tüm hernilerin tedavisinde geçerli olan temel prensipler uygulanır. Bunlar, inkarsere ince bağırsak anslarının redüksiyonu gerekiyorsa herni kesesinin rezeksiyonu ve defektin tamir edilmesidir.^[1,5]

Sağ paraduodenal hernilerin tedavisinde, çıkan kolon lateralindeki peritona insizyon yapılır ve kolon sola doğru çekilir, böylece fitik kesesi genişçe açılmış olur ve ince bağırsaklar kolayca serbestleştirilebilir.^[1,5] Biz de sağ paraduodenal hernisi olan hastamızda bu yöntem ile fitik kesesini açıp ince bağırsakları redükte ettik, fitik kesesini eksize ederek herni orifisini nonabsorbabl dikişle kapattık.

Sol paraduodenal hernilerin tedavisi biraz daha güçtür. Bunlarda herni kesesinin serbest kenarında inferior mezenterik ven aşağıdan yukarı doğru uzanır, ayrıca kese ön duvarında sol kolik arter dalları bulunur ve ameliyat sırasında bu damarlara dikkat et-

mek gerekir.^[6] Bazı hastalarda fitik kesesi boynu geniştir ve efferent ansın geriye doğru çekilmesi yoluyla ince bağırsaklar kolaylıkla redükte edilebilir.^[5,6] Daha sonra periton yaprağının duodenojejunal bileşkede bağırsak ya da mezosuna dikilmesi ile orifis kapatılır. Bazı yazarlar bağırsakları redükte etmek için inferior mezenterik damarların kesilebileceğini, böylece fitik kesesinin rahatça açılması ile bağırsakların kolayca serbestleştirilebileceğini bildirmişlerdir.^[2,12] Bu tip bir girişimin iyi sonuçlarla yapılabilmesine karşılık bazı araştırmacılar bağırsaklarda beslenme bozukluğuna yol açabileceği endişesi taşımaktadırlar.^[6] Davis ve arkadaşlarının^[6] bildirdiği bir diğer yöntemde, inferior mezenterik venin hemen solundan fitik kesesi ön duvarına yapılan kesi ile ven izole hale getirilmekte ve duodenojejunal bileşkenin solunda posterior peritona insizyon yapılarak burada oluşturulan yatağa inferior mezenterik ven yerleştirilmekte ve posterior paryetal peritonun uçları yeniden karşılıklı dikilmektedir. Bizim sol paraduodenal hernisi olan hastamızda fitik kesesinin boynu dardı, kese içindeki bağırsak anslarında distansiyon ve adezyonlar vardı. Bu nedenle fitik kesesi ön duvardan ve avasküler bir alandan inferior mezenterik ven korunarak açılmış, bağırsaklar ortaya konmuş, ince bağırsak ansları arasındaki adezyonlar açılarak redüksiyon yapılmış ve inferior mezenterik damarlar çevresindeki periton nonabsorbabl dikişle posterior peritona tespit edilerek herni orifisi kapatılmıştır.

İnternal hernilerin tedavisinde giderek artan sıklıkta laparoskopik onarımlar uygulanmaya başlanmıştır. İlk kez Uematsu ve arkadaşları,^[11] inkarsere sol paraduodenal herni ile gelen ancak 24 saat sonra kendiliğinden redükte olan hastada elektif şartlarda laparoskopik onarım yaptıklarını bildirmişlerdir. Finck ve arkadaşları^[13] insidental saptanan sol paraduodenal hernili hastaya laparoskopik onarımı uygulamışlardır.^[13] Antedomenico ve arkadaşları^[8] ise ilk kez sağ paraduodenal hernisi olan hastada laparoskopik onarımı gerçekleştirirken, Fukunaga ve arkadaşları^[14] inkarsere sol paraduodenal hernili bir hastada detorsiyonu ve herni tamirini laparoskopik olarak yaptıklarını bildirmişlerdir. Yazarlar, tesadüfen ya da semptomatik olarak saptanan internal hernilerde, hastanede kalış süresinin kısalığı, ameliyat sonrası ağrının daha az olması ve daha iyi estetik sonuçlar elde edilmesi nedeniyle laparoskopik onarımın ilk tercih edilmesi gereken yöntem olduğu savunmaktadırlar.^[8,11,13,14]

Önceden laparotomi geçirmemiş erişkin hastalarda mekanik bağırsak tıkanıklığı görüldüğünde internal herniler akla getirilmelidir. Tanı ve tedavideki gecikmenin morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde attıracağı düşünülerek olabildiğince erken cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Cerrahi tedavide de herni tamirinin genel prensipleri uygulanarak gereksiz girişim ve rezeksiyonlardan kaçınılmalıdır. Literatürde son yıllarda laparoskopik onarımların da bu hernilerin tedavisinde başarı ile yapıldığı görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bell-Thomson J, Vieta JO, Yiavasis AA. Paraduodenal hernias. *Am J Gastroenterol* 1977;68:254-9.
2. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986;152:279-85.
3. Brigham RA, Fallon WF, Saunders JR, Harmon JW, d'Avis JC. Paraduodenal hernia: diagnosis and surgical management. *Surgery* 1984;96:498-502.
4. Jones T. Paraduodenal hernia and hernias of the foramen of Winslow. In: Nyhus LM, Harkins HN, editors. *Hernia*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1965. p. 577-601.
5. Berardi RS. Paraduodenal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1981;152:99-110.
6. Davis R. Surgery of left paraduodenal hernia. *Am J Surg* 1975;129:570-3.
7. Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology* 2001;218:68-74.
8. Antedomenico E, Singh NN, Zagorski SM, Dwyer K, Chung MH. Laparoscopic repair of a right paraduodenal hernia. *Surg Endosc* 2004;18:165-6.
9. Manji R, Warnock GL. Left paraduodenal hernia: an unusual cause of small-bowel obstruction. *Can J Surg* 2001;44:455-7.
10. Rollins MD, Glasgow RE. Left paraduodenal hernia. *J Am Coll Surg* 2004;198:492-3.
11. Uematsu T, Kitamura H, Iwase M, Yamashita K, Ogura H, Nakamuka T, et al. Laparoscopic repair of a paraduodenal hernia. *Surg Endosc* 1998;12:50-2.
12. Filtzer H, Sedgwick CE. Strangulated paraduodenal hernia. Report of a case. *Surg Clin North Am* 1973;53:371-4.
13. Finck CM, Barker S, Simon H, Marx W. A novel diagnosis of left paraduodenal hernia through laparoscopy. *Surg Endosc* 2000;14:87.
14. Fukunaga M, Kidokoro A, Iba T, Sugiyama K, Fukunaga T, Nagakari K, et al. Laparoscopic surgery for left paraduodenal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2004;14:111-5.