

# Nadir bir ince bağırsak tıkanıklık nedeni: Spontan strangüle transomenal fitik

Dr. Birol Ağca, Dr. Aziz Bora Karip, Dr. Yalın İşcan, Dr. Yetkin Özcabi,  
Dr. Mehmet Mahir Fersahoğlu, Dr. Kemal Memişoğlu

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

## ÖZET

İnce bağırsak tıkanıklığına neden olabilen internal fitikler nadir görülür. Öyküsünde travma ya da cerrahi bir operasyon olmadan da görülebilen transomenal fitikler daha da nadirdir. Seksen beş yaşında ameliyat ya da travma öyküsü bulunmayan erkek hasta şiddetli karın ağrısı ve kusma nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Yapılan fiziksel incelemelerde ileus tanısı konularak ameliyata alınan olguda transomenal fitiğe bağlı strangülasyona uğramış ileum ansları tespit edildi. Rezeksiyon-anastomoz uygulandı ve omental defekt parsiyel omentektomi ile bozuldu. Transomenal fitikler çok nadir görülseler de hikayesinde ameliyat ve travma saptanmayan olgularda mekanik bağırsak tıkanıklığı ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

**Anahtar sözcükler:** İnce bağırsak tıkanıklığı; internal fitik; transomenal fitik.

## GİRİŞ

İnternal fitiklere bağlı ince bağırsak tıkanıklıklarının insidansı %0.2-0.9 olarak bildirilmektedir.<sup>[1]</sup> Karın içerisinde, değişik anatomik bölgelerde oluşabilen internal fitikler sıklıkla; paraduodenal (%53), periçekal (%13), foramen Winslow (%8), transmezenterik (%2) ve transomenal (%1) alanlarda görülmektedir.<sup>[2]</sup>

Omental hernilerde çok nadir de olsa hastalarda ameliyat veya travma hikayesi yoktur. Omental defektlerin oluşumunda travma, enflamasyon ve yaşa bağlı gelişen atrofiler sorumlu tutulmaktadır.<sup>[3]</sup>

Bu çalışmada hikayesinde ameliyat ve travma hikayesi olmayan, ince bağırsak tıkanıklığı ve nekrozuyla seyreden bir internal omental herni olgusu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyetleri ile acil polikliniğimize başvuran 85 yaşındaki erkek hastanın son iki gündür

gaz-gaita çıkışı yoktu. Hasta fekaloid karakterde kusmaktaydı. Özgeçmişinde; kalp yetersizliği, hipertansiyon, diabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hasta KOAH nedeniyle bir hafta önce göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yatırılmış ve ev yardımcı mekanik ventilasyon desteğiyle taburcu edilmişti. Yapılan fizik muayenede karında yaygın hassasiyet ve sol üst kadranda ele gelen kitle tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit 24.000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 10.4 gr/dl, hematokrit %31.7, BUN 53 mg/dl, kreatinin 1.65 mg/dl, glukoz 167 mg/dl olarak saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) ince bağırsak tipi hava-sıvı seviyeleri saptanan hastanın, intravenöz kontrastlı batın tomografisinde (BT) ise sol üst kadranda mezenteri ile birbiri üzerine dönmüş ince bağırsak segmentleri ve karında yaygın serbest sıvı olduğu izlendi (Şekil 1a-c). Bu bulgularla olgu, akut mekanik bağırsak tıkanıklığı ön tanısı ile ameliyata alındı. Göbek üstü ve kısmi göbek altı orta hat kesiyile batına girildi. Yapılan incelemede batın içerisinde yaygın defibrine kana ve proksimal ince bağırsaklarda dilatasyona ek olarak, ileo-çekal kapağa 10 cm mesafede 50 cm ileum ansının mezenteri ile birlikte sol alt kadranda omental bir pencereden girip torsiyone olduğu ve bu segmentde nekroz olduğu tespit edildi (Şekil 2a, b). Makroskopik perforasyon alanı saptanmayan sıkışmış bağırsak ansları omental açıklıktan redükte edildi. Nekroze bağırsak segmenti rezeke edildi ve ileum uçlarına, iki adet 45 mm'lik kesici kapatici zimba (Covidien LLC, Mansfield, MA, USA) yardımı ile yan-yana anastomoz yapıldı. Tüm periton içi alanların bol serum fizyolojikle yıkanmasını takiben, batın katları anatomik planda kapatıldı. Ameliyat sonrası dönemde solunum ve kalp sorunları nedeniyle iki gün cerrahi yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta dokuzuncu gün taburcu edildi.

İletişim adresi: Dr. Birol Ağca,

Barbaros Mahallesi Uphill Court Sit. A8, D14, Ataşehir, İstanbul

Tel: +90 216 - 578 30 00 E-mail: birolagca@yahoo.com

Quick Response Code

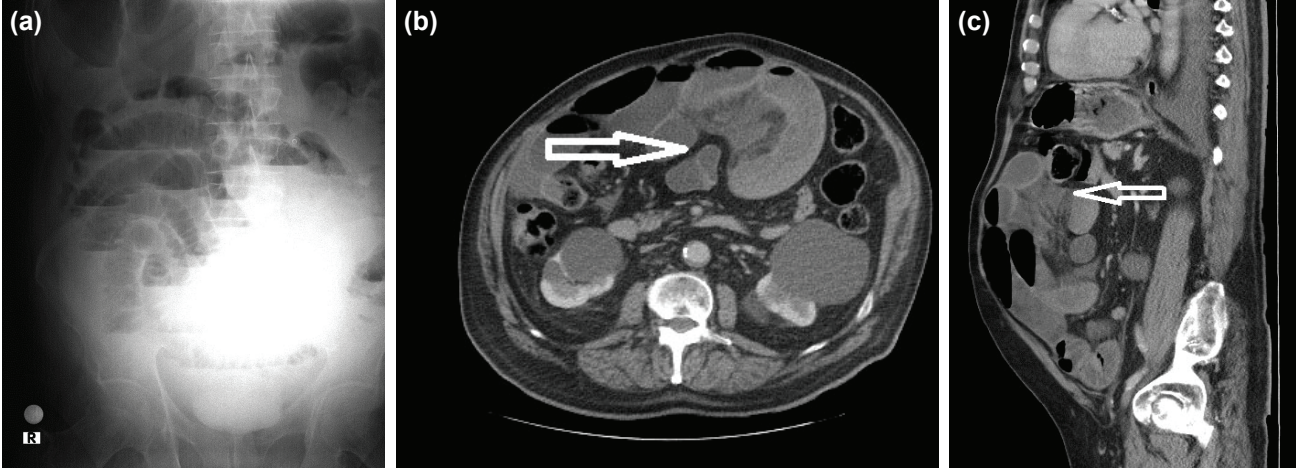


Ulus Travma Acil Cerrahi Derg

2015;21(2):160-162

doi: 10.5505/tjtes.2015.65990

Telif hakkı 2015 TJTES



**Şekil 1.** (a) Ayakta direkt karın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri görülmekte. (b, c) Bilgisayarlı tomografide distal ileal anslardan başlayarak ince bağırsak anslarında dilatasyon ve karında sıvı.

## TARTIŞMA

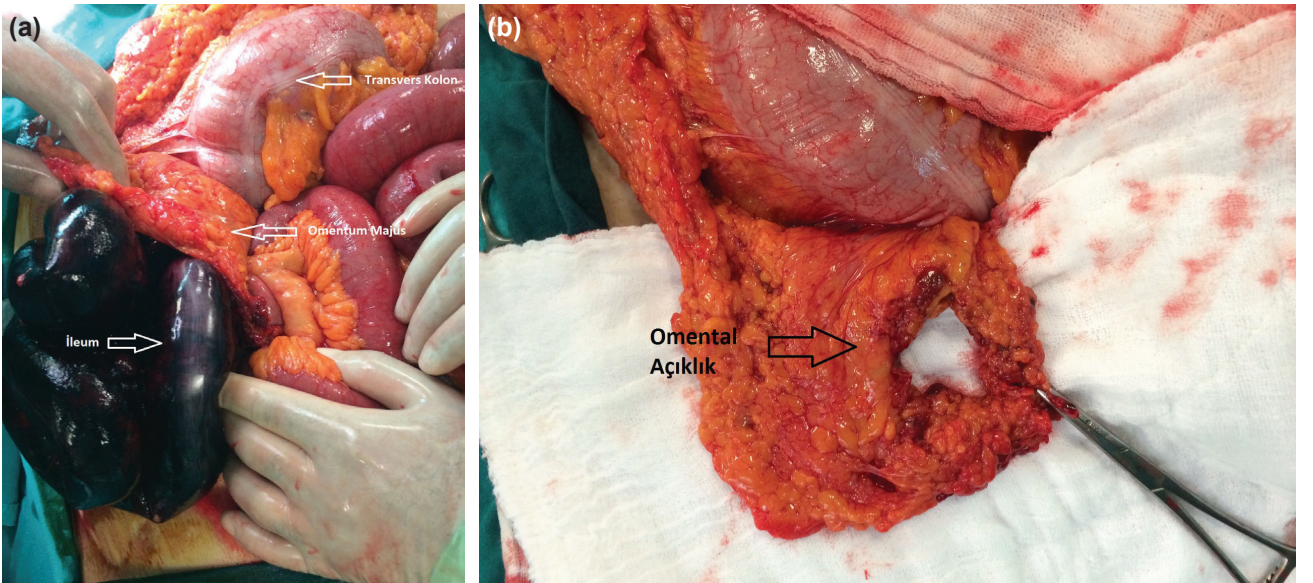
Mekanik bağırsak tıkanıklığı tanısıyla ameliyata alınan olgularda, altta yatan sebep %0.2-0.9 internal fıtıklar olmaktadır.<sup>[1]</sup> Bunların da %1'i omental defektlere bağlı gelişir. Transomenal fıtıklar omentum majus veya minustan kaynaklanabilir.<sup>[4]</sup> Bu tip fıtıklar çocukluk yaşlarında daha çok büyük omentum ve gastrokolik ligamandaki doğumsal defektlere bağlı gelişir.<sup>[5]</sup> Klinik bulguların karakterini, fıtıklaşan bağırsak segmenti ve defektin çapı belirlemektedir.

Yetişkinlerde internal fıtıklar daha çok gastrik bypass ve Roux-en-Y anastomozlardan kaynaklanan mezenterik açıklıklara bağlı bildirilmiştir.<sup>[6]</sup> Daha nadir olarak peritoneal enflamasyon ve travma suçlanmaktadır.<sup>[2]</sup> Öyküsünde travma veya enflamasyon bulgusu olmayan hastalarda, senil atrofiye bağlı gelişen omental pencere sorumludur.<sup>[3]</sup>

Olgumuzun öyküsünde karın cerrahisi ve travma olmaması senil atrofik omental açıklığı desteklemektedir. İnternal fıtıklarda hastanın klinik bulguları çok değişken olmakla beraber tıkanıklığın süre ve derecesi ana belirleyicilerdir.

Hastamızda şiddetli ağrı ve palpasyonla ele gelen kitle, sıkışmış iskemik bir bağırsak ansını akla getirmiştir. Olgumuzda omentum majustaki pencereden girmiş olan ileum ansında, defektin darlığına ve giren ince bağırsak segmentinin uzunluğuna bağlı nekroz meydana gelmişti; erken müdahale kararıyla perforasyon oluşmadan rezeksiyon yapılmış ve temiz karında güvenli bir şekilde ince bağırsak anastomozu uygulanmıştır. Kaybedilen zamanla perforasyon kaçınılmaz olan bu tip hastalarda ameliyat öncesi dönemde yakın takip ve hızlı değerlendirme çok önemlidir.<sup>[3]</sup>

Transomenal fıtıkların kliniğinde, kronik sindirim sistemi şika-



**Şekil 2.** (a) Omental açıklıktan girip nekroze olmuş ileum segmenti, (b) omentum majusta defekt alanı görülmekte.

yetleri olabilir. Aralıklı ve ciddi tıkanıklıkla karakterize sindirim sistemi şikayetleri olan, hikayelerinde ameliyat ya da travma öyküsü olmayan yaşlı olgularda omental fıtıklar ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu tip olgulara ameliyat öncesi tanı koymak zordur.<sup>[7-9]</sup> Ameliyat öncesi yapılan görüntülemelerde hava-sıvı seviyelerinin varlığı, ince bağırsak anslarında genişleme ve karın içi serbest mayı varlığı ileusu destekleyen bulgulardır. Olgumuzun yapılan ayakta direkt karın grafisinde çok sayıda ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri ve kontrastlı batin tomografisinde genişlemiş jejunum ve ileum segmentleri saptanmıştı. BT'de ilaveten torsiyone bağırsak segmentleri için klasik 'Girdap Görüntüsü' yani mezenteri ile beraber fıtıklaşmış ince bağırsak segmentleri saptandı. Bu tip hastalarda BT eşlik eden kitlesel ve iltihabi durumları da ortaya koymamıza yardım etmektedir.<sup>[3]</sup> İnternal fıtıklarda ameliyat yaklaşımı iştirak eden organ veya organların dolaşım durumuna göre belirlenir. Olgumuzda fıtıklaşan ileum segmentinde yaklaşık 40 cm'lik alanda nekroz gelişmişti. Bu segment rezekle edildi ve yan yana kesici kapatıcı zimba yardımıyla anastomoz yapıldı. Omental pencere tekrar fıtıklaşmaya neden olmaması için kısmi omentum rezeksiyonu yapılarak bozuldu.

Sonuç olarak, transomental fıtıklar çok nadir görülse de öyküsünde ameliyat ve travma saptanmayan olgularda mekanik bağırsak tıkanıklığı ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Erken dönemde şüphelenilen ve cerrahi müdahalesi yapılan olgularda sadece redüksiyon yeterli olabilmekte, rezeksiyon gerekse bile güvenli anastomoz yapılabilmektedir. Fakat genelde tanı

ve tedavi geç dönemde olmakta, perforasyon ve peritonite ikincil morbidite ve mortalite artabilmektedir.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Özkan OV, Zararsız İ, Yetim İ, Semerci E. Nadir bir ince bağırsak tıkanıklık nedeni olarak transomental herni: olgu sunumu. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009;7:157-60.
2. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. AJR Am J Roentgenol 2006;186:703-17. [CrossRef](#)
3. Camera L, De Gennaro A, Longobardi M, Masone S, Calabrese E, Del Vecchio W, et al. A spontaneous strangulated transomental hernia: Prospective and retrospective multi-detector computed tomography findings. World J Radiol 2014;6:26-30. [CrossRef](#)
4. Duarte GG1, Fontes B, Poggetti RS, Loreto MR, Motta P, Birolini D. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis- a case report. Sao Paulo med J 2002;120:84-6. [CrossRef](#)
5. Villalona GA, Diefenbach KA, Touloukian RJ. Congenital and acquired mesocolic hernias presenting with small bowel obstruction in childhood and adolescence. J Pediatr Surg 2010;45:438-42. [CrossRef](#)
6. Renvall S, Niinikoski J. Internal hernias after gastric operations. Eur J Surg 1991;157:575-7.
7. Selçuk D, Kantarci F, Oğüt G, Korman U. Radiological evaluation of internal abdominal hernias. Turk J Gastroenterol 2005;16:57-64.
8. Kohli A, Choudhury HS, Rajput D. Internal hernia : A case report. Indian J Radiol Imaging 2006;16:563-6. [CrossRef](#)
9. Tekin A, Şahin M, Küçükkartallar T, Kaynak A. Nadir bir ileus nedeni: Paraduodenal herni. Genel Tıp Derg 2007;17:111-4.

## CASE REPORT - ABSTRACT

### A rare cause of small intestinal obstruction: Spontaneous strangulated trans-omental hernia

**Birol Ağca, M.D., Aziz Bora Karip, M.D., Yalın İşcan, M.D., Yetkin Özcabı, M.D., Mehmet Mahir Fersahoğlu, M.D., Kemal Memişoğlu, M.D.**

Department of General Surgery, Fatih Sultan Mehmet Training and Research Hospital, Istanbul

Internal herniation is a very rare condition which can cause small bowel obstruction. Trans-omental hernias are an infrequent form of internal herniation and can be seen without a history of trauma and previous abdominal surgery. An 85-year-old male patient without a history of abdominal surgery or trauma was admitted to the emergency service with severe abdominal pain and vomiting. Physical examination and laboratory tests revealed a diagnosis of ileus. During laparotomy, a trans-omental hernia causing strangulation of the ileum was detected. Resection-anastomosis was performed and the omental defect was disrupted by partial omentectomy. Although trans-omental hernia is a very rare condition, it should be considered in the differential diagnosis of patients without mechanic intestinal obstruction.

**Key words:** Internal hernia; small intestinal obstruction; trans-omental hernia.

Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2015;21(2):160-162 doi: 10.5505/tjtes.2015.65990