

Kasık fıtıklarında Amyand fıtık sıklığının değerlendirilmesi: Üç olgu sunumu

Evaluation of the incidence of inguinal hernia with Amyand hernia: Report of three cases

Hakan Yabanoğlu

Amyand fıtığı, inguinal fıtık kesesi içerisinde appendiks vermiformisin normal, iltihaplı, perforate ya da inkarsere halde bulunması şeklinde tanımlanmış olup ilk kez 1735 yılında Claudius Amyand tarafından literatüre sunulmuştur. Toplumda kasık fıtıkları çok sık görülmekle birlikte, Amyand fıtıklar appendiksin inflamasyonuna bağlı olarak bu oranın ancak %0.13-1'ini oluşturmaktadır. Genel görülme sıklığından farklı olarak; kliniğimizde ameliyat edilen 119 kasık fıtığında birinde akut apandisit ile beraber toplam 3 adet Amyand fıtık tanımlandı. Bu yazıda, kasık fıtıklarında Amyand fıtık görülme sıklığı 3 olgu sunumu eşliğinde değerlendirilmeye çalışıldı.

Anahtar Kelimeler: Amyand fıtık, inguinal fıtık, appendiks vermiformis

Hakkari Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hakkari, Türkiye

Dr. Hakan Yabanoğlu
E-posta: drhyabanoğlu@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 29.05.2011
Makale Kabul Tarihi: 26.08.2011

GİRİŞ

Amyand fıtığı, Claudius Amyand tarafından ilk kez 1735 yılında 11 yaşındaki erkek hastada inguinal fıtık kesesinde perforate appendiksin varlığı olarak tanımlanmıştır (1). Karın duvarı fıtıkları ve akut apandisit sık görülen cerrahi hastalıklar olmakla beraber birliklilikleri nadir görülür. Amyand fıtıkta appendiks vermiformisin normal olarak fıtık kesesi içerisinde görülme oranı %1 iken, inflame olmuş appendiksin görülme sıklığı %0.13'dür (2-4). Ameliyat öncesi tanısı oldukça zor olan ve tedavisi hastanın ameliyat sırasındaki bulgularına göre farklılık gösteren bu klinik durum, inguinal kasık fıtıklarında görülme sıklığı ve olgu sunumu şeklinde literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Elli beş yaşında erkek hasta, 1 yıldır olan sağ kasıkta şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 2 yıl önce sağ kasık fıtığı nedeni ile ameliyat olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ inguinal insizyon skarı ve elle redükte olan direkt kasık fıtığı mevcuttu. Ameliyat öncesi yapılan laboratuvar ve radyolojik tetkiklerde özellik saptanmadı. Hasta sağ nüks inguinal fıtık ön tanısı ile ameliyata alındı. Yapılan incelemede direkt ve

indirekt fıtık tespit edildi. İndirekt fıtık kesesi açıldı. Kese içerisinde, kese duvarına yapışık appendiks vermiformis saptandı. Yapışıklıklar açıldı ve appendektomi yapıldı. Kese çıkarıldı. Yüksek ligasyon işlemi sonrası alana prolen mesh ile gerilimsiz fıtık onarımı yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 1. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi.

OLGU 2

Kırk dokuz yaşında erkek hasta, bir gece önce başlayan ve devam eden sağ kasık ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Anamnezinde 3 yıldır sağ kasıkta fıtık olduğu ve bu nedenle kasık bağı kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ inguinal bölgede inkarsere inguinal fıtık saptandı. Yapılan laboratuvar incelemesinde lökositinin 12100/mm³ olduğu görüldü. Diğer biyokimya parametrelerinde ve radyolojik değerlendirmede özellik saptanmadı. Hasta inkarsere inguinal herni ön tanısı ile ameliyata alındı. Yapılan incelemede indirekt fıtık kesesi tanımlandı. Kese açıldı. Kese içerisinde reaksiyone seröz sıvı mevcuttu. İçerisinde inflame appendiks görüldü (Resim 1, 2). Appendektomi yapıldı. Ardından yüksek ligasyon yapıldı. Fıtık anatomik olarak Bassini tekniği ile onarıldı. Hasta ameliyat sonrası 2. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi.



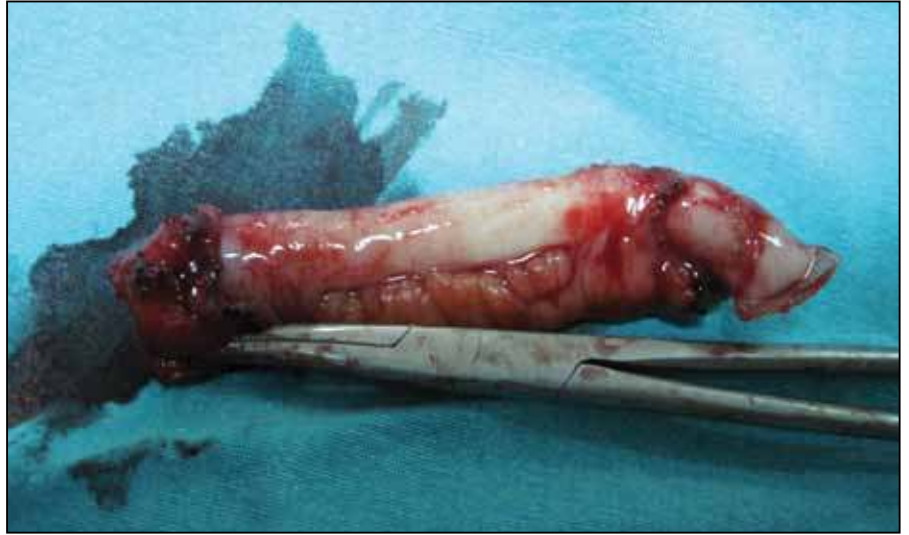
Resim 1. İnguinal insizyondan, fitik kesesi içerisindeki akut apandisit

OLGU 3

Kırk sekiz yaşında erkek hasta, 2 gündür devam eden sağ alt kadrandan başlayıp kasık bölgesine yayılan ağrı, bulantı ve kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. Açılan anamnezinde 6 aydır olan sağ kasık fıtığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ inguinal fıtık, sağ alt kadranda ve inguinal kanal üzerinde hassasiyet ve rebound mevcuttu. Barsak sesleri hipoaaktif idi. Yapılan laboratuvar incelemesinde özellik saptanmadı. Ayakta direkt karın grafisinde sağ alt kadranda ince barsak düzeyinde 1 adet hava sıvı seviyesi mevcuttu. Ön tanıda akut apandisit düşünülerek ameliyat planlandı. Hastanın yaşı da göz önüne alınarak, sağ kasık bölgesine yayılan ağrısı olması nedeniyle sağ paramedian insizyon tercih edildi. Ameliyat sırasında yapılan incelemede appendiks vermiformisin ve çekumun sağ kasık bölgesinde, fitik kesesi içinde olduğu görüldü. Organlar tekrar karın içine alındı. Appendektomi yapıldı. Ardından inguinal kanal prolen dikişlerle kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası 2. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Fıtık karın duvarının zayıf noktalarından peritonla birlikte karın içi organların ya da organların bir kısmının karnın dışına geçmesi şeklinde tanımlanır. Fıtık kesesi içinde appendiks bulunmasına Amyand fıtığı denir. Amyand fıtıkta appendiks vermiformisin normal olarak fıtık kesesi içerisinde görülme oranı %1 iken, inflame olmuş appendiks görülme sıklığı %0.13'dür (2-4). İlk olarak Kral II.



Resim 2. Çıkarılmış appendektomi piyeri

George'ın cerrahi Claudius Amyand tarafından 1735 yılında fıtık kesesi içinde perforate apandisit olgusu tanımlanmıştır (5). Aynı zamanda tarihe bilinen ilk appendektomi olgusu olarak da geçmiştir. Erkeklerde kadınlara göre sık görülmekte olup Amyand fıtıkların büyük çoğunluğu sağ inguinal bölgede, az bir kısmı ise sol inguinal bölgede yerleşim göstermektedir (6).

Kasık fıtıkları toplumda çok sık görülen cerrahi hastalıklardan biri olmasına rağmen, Amyand fıtık oldukça nadir görülen bir durumdur. Kliniğimizde Ocak 2010 ve Mayıs 2011 tarihleri arasında kasık fıtığı nedeni ile ameliyat edilen 119 hastadan üçünde Amyand fıtık saptandı. Bu oran bizde %2.5 olup literatürle karşılaştırıldığında, normal görülme sıklığından fazla olarak karşımıza çıkmaktadır. Olgularımızın birinde fıtık kesesi içerisinde akut apandisit mevcut iken, diğer iki hastada appendiks vermiformisin mevcuttu.

Amyand fıtık patofizyolojisi hala netlik kazanmamıştır. İnkarşere ya da sliding herni kesesindeki appendiksin enflamasyonuna sebep olan olay inkarşerasyonun kendisi olabilir (7). Karın kaslarının kasılması sonucu intraabdominal basıncın artması ve kronik fıtıklarda oluşan yapışıklıklar, appendiks mezosunu sıkıştırarak appendiksin kanlanması bozar ve bunun sonucunda enflamasyona ve bakteriyel kolonizasyon artışına neden olarak apandisit gelişimine yol açabilir (7). Hangi mekanizma ile ortaya çıkarsa çıksın olayda kronik bir süreç mevcuttur.

Bizim hastalarımıza bakıldığında her 3 hastada da daha öncesinde sağ kasıkta fıtık olduğu görülmektedir. Muhtemelen uzun süre tekrarlayan redüksiyonlara bağlı bu bölgede inflamasyon olmakta, ya da inflamasyon olmadan sıkışan organa bağlı ağrı nedeni ile hastaneye başvurma ihtiyacı hissetmektedirler.

Amyand fıtığına ameliyat öncesi tanı koymak çok zordur. Hastadan alınan anamnez ve laboratuvar değerlendirmeleri ayırıcı tanıda çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Tüm hastalarda genel olarak fıtık tanısını koymak kolay olsa da, bu hastalarda fıtık kesesi içerisinde inflame veya normal appendiks olduğunu anlamının tek yolu ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirmektir. Her iki radyolojik yöntemde fıtık cerrahisinde rutin kullanılan yöntemler değildir. Buna karşın literatürde ameliyat öncesi tomografi ile tanı konulan olgular bildirilmiştir (1). Bu nedenle çoğu zaman hastaların tanısı ameliyat sırasında konulmaktadır.

Amyand herninin ayırıcı tanısında, inkarşere ya da strangüle inguinal herni, inguinal lenfadenit, testis torsiyonu, akut epididimit, akut hidrosel ve fokal panknikülit göz önünde bulundurulmalıdır (8-10).

Herni kesesi içerisindeki appendiks inflame ya da perforate ise komplikasyon oranı yüksek olup; Amyand herninin tamiri için seçilecek cerrahi teknik, standart operasyon tekniklerinden farklıdır. Amyand herni, tedavisi için 4 gruba ayrılmış

Tablo 1. Amyand fıktıkta cerrahi tedavi protokolü

Sınıflama	Açıklama	Tedavi Yöntemi
Tip 1	Normal appendiks	Redüksiyon; mesh hernioplasti
Tip 2	Akut apandisit; Abdominal sepsis yok	Herni yoluyla apandektomi; Hernioplasti (vücut dokularıyla)
Tip 3	Akut apandisit; Abdominal sepsis var	Laparotomi yoluyla apandektomi; Hernioplasti (vücut dokularıyla)
Tip 4	Akut apandisit; İlişkili ya da ilişkisiz diğer karın patolojileri	Herni ya da uygun laparotomi yoluyla apandektomi (tanıdan sonra)

ve her bir grup için farklı tedavi yöntemi belirlenmiştir (Tablo 1). Amyand hernisinin cerrahi tedavisinde perforasyon ve enflamasyon olmadığı sürece greft kullanımı önerilmektedir. Aksi takdirde

grefte karşı inflamatuvar yanıt gelişir, bunun sonucunda yara yeri enfeksiyonu ve güdük fistülü gibi komplikasyonlar meydana gelebilir (7). Bizim olgularımızda akut apandisit olan 1. olguda anatomik

onarım tercih edildi. 2. olguda ise enflamasyon olmadığı için prolen mesh kullanıldı. 3. olguda ise intraabdominal yaklaşımla anatomik onarım tercih edildi. Her 3 olgu da sorunsuz olarak taburcu edildi.

Amyand fıktık nadir görülmesine ve ameliyat öncesi tanısı zor olmasına rağmen kasık fıktıklarının ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Tedavisi acil cerrahi olan inkarsere fıktıkların bir çeşidi olarak karşımıza çıkan bu durumun tanı ve tedavisi tüm genel cerrahlar tarafından bilinmeli ve uygun yaklaşım ile sonuçlandırılmalıdır.

SUMMARY

Evaluation of the incidence of inguinal hernia with Amyand hernia: Report of three cases

Amyand hernia was first described by Claudius Amyand in the literature in 1735. It is a condition in which a normal, inflamed, perforated or incarcerated appendix is located in the inguinal hernia sac. While inguinal hernias are commonly seen, Amyand hernias represent 0.13-

1% of these, depending on the degree of inflammation of the appendix. In contrast to its usual incidence, in our clinics, among 119 operated inguinal hernias, three Amyand hernias have been described, two of them with acute appendicitis. In this review, the incidence of Amyand hernia among inguinal hernias was evaluated with our three cases.

Key Words: Amyand hernia, inguinal hernia, appendix vermiformis

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Hakan Yabanoğlu

Verilerin elde edilmesi:

Hakan Yabanoğlu

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Hakan Yabanoğlu

Yazının kaleme alınması:

Hakan Yabanoğlu

İstatistiksel değerlendirme:

Hakan Yabanoğlu

KAYNAKLAR

1. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr 2000; 24: 884-886. <http://dx.doi.org/10.1097/00004728-200011000-00011> [CrossRef]
2. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand herni. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30: 225-226.
3. Apostolidis S, Papadopoulos V, Michalopoulos A, et al. Amyand's Hernia: A case report and review of the literature. The Internet Journal of Surgery 2005; 6: 1.
4. Bakhshi GD, Bhandarwar AH, Govila AA. Acute appendicitis in left scrotum. Indian J Gastroenterol 2004; 23: 195.
5. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. Singapore Med J 2005; 46: 424-425.
6. Meinke AK. Review article: appendicitis in groin hernias. J Gastrointest Surg 2007; 11: 1368-1372. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-007-0160-9> [CrossRef]
7. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. Hernia 2003; 7: 50-51.
8. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. Surgery 1967; 31: 236-238.
9. Davies MG, O'Byrne P, Stephens RB. Perforated appendicitis presenting as an irreducible inguinal hernia. Br J Clin Pract 1990; 44: 494-495.
10. Burger TO, Torbert NC. The diagnosis of acute hernial appendicitis. Am J Surg 1938; 42: 429. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(38\)91213-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(38)91213-9) [CrossRef]