

# Şüpheli Kasık Fıtıklarında ve Orijini Bilinmeyen Kasık Ağrılarında Herniografinin Tanı Değeri

## THE VALUE OF HERNIOGRAPHY FOR UNEXPLAINED GROIN PAIN AND OCCULT HERNIA

Dr.Ali UZUNKÖY\*, Dr.Ömer F.AKINCI\*, Dr.A.COŞKUN\*,  
Dr.M.KARAOĞLANOĞLU\*\*, Dr.M.ERDOĞAN\*\*

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, (\*) Genel Cerrahi ve (\*\*) Radyoloji Klinikleri, ŞANLIURFA

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, şüpheli kasık fıtıklarında ve sebebi bilinmeyen kasık ağrılarında kesin tanı koymak ve herniografinin tanıdaki değerini araştırmak amacıyla planlandı.

**Durum Değerlendirmesi:** Kasık fıtığından şüphelenilen ancak fizik muayenede patolojiyi destekleyecek bulgusu olmayan, operasyon sırasında gözden kaçmış ve inguinal bölge şikayetleri ile karşımıza gelen olgularda ve nüks hernilerde, bozulan anatomi nedeni ile fıtığı tesbit etmek zor olabilir. Bu gibi durumlarda kasık fıtığını ortaya koymak için başka tanı yöntemlerine gerek vardır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma prospektif olarak planlandı. Fizik muayene bulgularıyla kasık fıtığı tanısında şüphede kalınan veya sebebi izah edilemeyen inguinal ağrısı olan 46 olgu çalışmaya alındı. Hasta sırtüstü yatırılarak, 18 numara intraket ile umblikusun hemen altından periton boşluğuna girilip, skopi eşliğinde karın içine kontrast madde verildi. Hastaya valsalva manevrası yaptırılmadan önce ve sonra skopiden izlenerek grafi çekildi.

**Çıkarımlar:** Toplam 12 olguda kasık fıtığı tesbit edildi. Daha önce kasık fıtığı operasyonu geçirmiş 5 olgudan 3'ünde fıtık saptandı. Bunlardan 2'si rekürrens, biri femoral herni idi. Herniografiye bağlı komplikasyon gözlenmedi. Kasık fıtığı saptanan olgulardan 10'u operasyonu kabul etti. Opere edilen 10 olguda da operatif bulgular herniografi bulgularıyla uyumluydu.

**Sonuç:** Herniografi, sebebi bilinmeyen kasık ağrılarında, fizik muayenenin zor olduğu şişmanlarda ve inguinal bölge operasyonu geçirmiş olgularda tanı koydurucu, fizik muayenede tesbit edilemeyen gizli klasik fıtıklarının tanısında güvenilir, komplikasyonu önemsenmeyecek kadar az ve uygulanması kolay bir tanı metodudur.

**Anahtar kelimeler:** Herniografi, okült herni, kasık ağrısı

### SUMMARY

This study was planned to determine the value of herniography for unexplained groin pain and occult hernia. Between July 1996 and August 1997, herniography was performed on 46 patients with unexplained groin pain or clinically suspicious hernias. Herniographic examination showed groin hernia in 12 cases. No false positive herniograms were discovered in 10 cases where operation for groin hernia was performed previously. No complications were observed.

Herniography is a simple, valuable and more sensitive diagnostic study in patients with unexplained groin pain and occult hernia.

**Keywords:** Herniography, groin pain, occult hernia

Nedeni açıklanamayan kasık ağrıları okült inguinal fitiklara bağlı olabilir. Özellikle kasık fitiğinden şüphelenilen, ancak fizik muayenede patolojiyi destekleyecek bulgusu olmayan olgularda, kesin kasık fitiği tanısı koymak oldukça zordur. Operasyonda gözden kaçmış aynı veya karşı taraftaki multipl kasık fitikleri, tekrar inguinal bölge şikayetleri ile karşımıza gelebilir. Bunlardan başka, nüks hernilerde, bozulan anatomi nedeni ile fitiği tesbit etmek zor olabilir. Buna benzer durumlarda kasık fitiğini net olarak ortaya koymak için fizik muayeneye ek olarak başka tanı yöntemlerine gerek vardır. Herniografinin bu gibi durumlarda kullanılacak etkili bir tanı yöntemi olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda, bu tür tanısı kesinleşmemiş olgulara herniografi yaparak işlemin tanındaki değerini araştırdık.

### GEREÇ ve YÖNTEM

Temmuz 1996-Ağustos 1997 tarihleri arasında polikliniğimize müracaat eden ve fizik muayene bulgularıyla kasık fitiği tanısında şüphede kalınan veya sebebi izah edilemeyen inguinal ağrısı olan 46 olgu çalışmaya alındı.

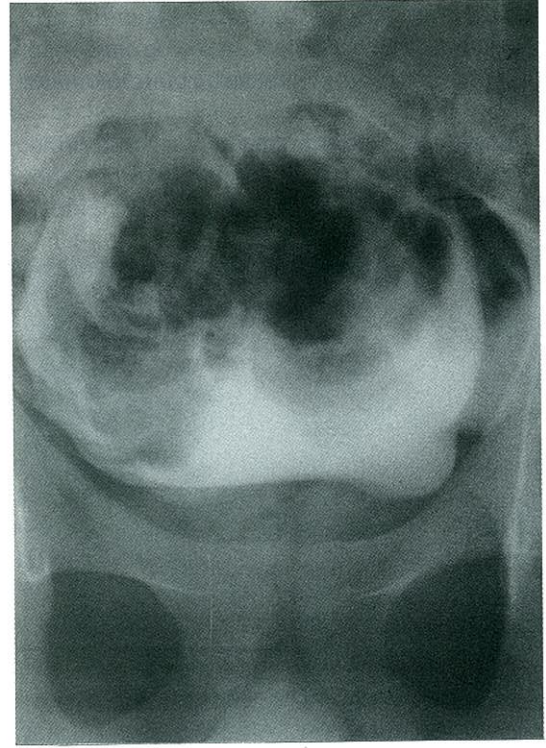
### TEKNİK

Hastanın mesanesi boşalttırdıktan sonra, umbikal bölgeye povidone-iodine ile lokal temizlik yapıldı. Hasta skopi masasına sırtüstü yatırılarak, karnını şişirmesi söylendi. 18 no intraket ile umblikusun hemen altından, periton boşluğuna girildi. Enjektörle negatif basınç yapılarak, kan veya barsak içeriği gelip gelmediği kontrol edildi. Skopi eşliğinde suda erir 20ml kontrast madde (Omniopaque veya Ultravisit) 200cc serum fizyolojik içine katılarak periton boşluğuna verildi. Skopi masası vertikal pozisyona getirilerek skopiden kontrast maddenin inguinal ring bölgelerine doluşu izlendi. Daha sonra 45 derecelik açı altında ve skopi kontrolü ile grafi çekildi. Hastaya valsava manevrası yaptırıldı ve skopiden izlenerek tekrar grafi çekildi.

### SONUÇLAR

Olguların 39'u erkek 7'si kadındı. Yaş ortalaması 28 (14-62) idi. 5 olgu daha önce herni operasyonu geçirmişti. Olguların kasık bölgesi ile ilgili şikayet ve fizik muayene bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Toplam 12 olguda kasık fitiği tesbit edildi. Kasık fitiklarının türleri ve cinslere dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Daha önce fitik onarımı yapılmış 5 olgudan 3'ünde fitik tesbit edildi. Bunlardan 2'si rekürrens ve 1'i femoral herni idi. Olgularımızda herniografiye bağlı herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Inguinal herni saptanan olgulardan 10'u operasyonu kabul etti. Opere edilen 10 olguda operatif bulgularla tanı doğrulandı.

Resim 1, 2 ve 3'te çeşitli pozitif herniografiler gözlenmektedir.



Resim 1: Herniografi ile saptanan bir direkt inguinal herni olgusu

TABLO 1: ŞİKAYET VE FİZİK MUAYENE İLE HERNİOGRAFI İLİŞKİSİ

| Şikayet ve bulgular                      | Fitik var | Fitik yok | Toplam |
|--|-----------|-----------|--------|
| Kasık ağrısı + fizik muayene şüpheli     | 5         | 11        | 16     |
| Kasık ağrısı + fizik muayene bulgusu yok | 7         | 23        | 30     |
| Toplam                                   | 12        | 34        | 46     |

TABLO 2: HERNİOGRAFİ İLE SAPTANAN KASIK FITIKLARININ DAĞILIMI

| Herniografi bulgusu               | Kadın | Erkek | Toplam |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|
| İndirekt inguinal herni           | 1     | 3     | 4      |
| Bilateral indirekt inguinal herni | 0     | 1     | 1      |
| Direkt inguinal herni             | 0     | 2     | 2      |
| Direkt + femoral herni            | 0     | 1     | 1      |
| Femoral herni                     | 1     | 1     | 2      |
| Rekürren herni                    | 0     | 2     | 2      |
| Toplam                            | 2     | 10    | 12     |

## TARTIŞMA

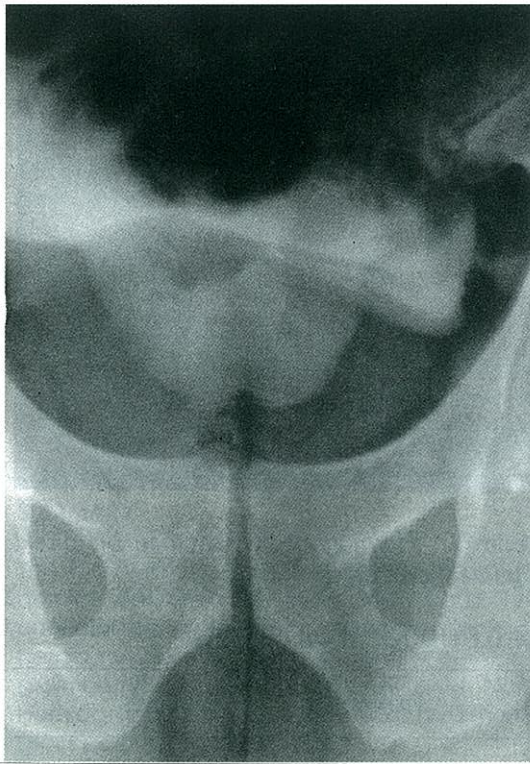
Herniografi, sebebi bilinmeyen kasık ağrı- larında, fizik muayene bulgularının normal veya şüpheli olduğu ancak kasık fıtığı düşünülen ol- gulara, anatomik yapıların bozulduğu nüks herni şüphesinde ve fıtığı olan olguların aynı veya karşı tarafta birden fazla fıtık olup olmadığını araştırmak amacı ile kullanılan bir tanı metodudur (1,2,3,4,5,6,7).

Kasık ağrısı, gastrointestinal ve genitoüriner sistem hastalıklarından veya özellikle spor yaralanmalarından sonra kemik ve kas patolo-

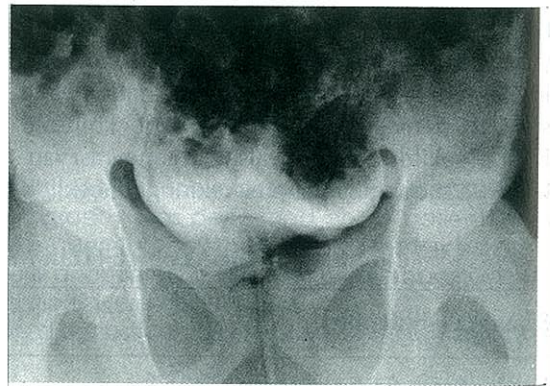
jilerinden kaynaklanabilir (6). Değişik radyolojik ve endoskopik yöntemlerle orijini belirlene- meyen kasık ağrıları, fizik muayene ile tesbit edilemeyen okült kasık fıtıklarına bağlı olabilir. Bunlar ancak herniografi ile tesbit edilebilir (6,8). Böylece, herniografi gereksiz laparotomileri önleyebilir. Herniografi, özellikle sporcuların, sebebi bilinmeyen kasık ağrılarında, eksplorasyon cerrahisine iyi bir alternatif olarak sunulmuş- tur (6,9,10). Çalışmamızda, sebebi bulunamamış ve fizik muayene ile fıtık tesbit edilememiş 30 olgudan 7(%23.3)'sinde okült herni tesbit edildi. Ancak, herniografinin sebebi bilinmeyen kasık ağrılarında diğer tanı yöntemlerine alternatif değil tamamlayıcı bir tanı metodu olduğu unutulma- lıdır (1).

Fizik muayenenin güç olduğu şişman hasta- larında, daha önce inguinal bölge operasyonu geçirmiş olgularda ve obturatuvar herni gibi fi- zik muayene ile tanısı güç olan olgularda, bulgu- lar tanı koyduracak yeterlilikte olmayabilir. Bu olgularda herniografi tanı koydurucu tek yöntem olabilir (1,11,12).

Çalışmamızda, 46 olguya herniografi uygu- landı ve bunlardan 12'sinde (%26.1) kasık fıtığı



Resim 2: Bir olgumuzda saptanan indirekt ingui- nal herninin herniografik görünümü



Resim 3: Bir olgumuzdaki femoral herninin görünümü

tesbit edildi. Değişik çalışmalarda bu oran %24-36 arasında bildirilmiştir (7,13,14).

Herniler bilateral veya multipl olabilir ve operasyonda gözden kaçabilirler. Rekürrens sayılan bazı olguların aslında ilk operasyonda gözden kaçmış multipl herni olduğu rapor edilmiştir. Karşı taraftaki asemptomatik ve non-palpabl (okült) indirekt hernilerin %18-21'inin semptomatik hale geçtiği bildirilmiştir (7). Ekberg ve arkadaşları, 314 olguluk serilerinde herniografide %6 tek taraflı ve %16 bilateral inguinal herni tesbit etmişlerdir (7). Harrison ve arkadaşları çocuklardan oluşan serilerinde, herniografi sonucu %8 oranında bilateral inguinal herni bildirmişlerdir (15). Bu gibi olgularda herniografi hastanın tekrar operasyona maruz kalmasını önleyen faydalı bir yöntemdir (1,7). Bizim çalışmamızda, herniografide fıtık tesbit edilen 12 olgudan birinde (%8.3) bilateral inguinal herni tesbit edildi ve operatif bulgular herniografi ile uyumlu idi.

Fıtık cerrahisinde rekürrens olayı önemli bir problemdir. İndirekt hernilerin tamirinden sonra rekürrens oranı, zamana bağlı olarak %3-20 arasında bildirilmiştir (7). Nüks kasık fıtıklarının tanısı, oluşan fibrozis ve primer operasyona bağlı anatomik karışıklıktan dolayı zor olabilir. Bu olgularda eğer herni palpabl değilse, herniografi rekürrensi tesbit etmede sensitif bir tanı yöntemidir (12). Biz, çalışmamızda şüpheye kaldığımız 5 rekürrens olgusundan 3'ünde fıtık tesbit ettik. Bunlardan 2'si rekürrens, biri femoral fıtık idi. Bu 3 olgu sırasıyla, 7 ay, 1 yıl ve 4 yıl önce opere edilmişlerdir. Femoral hernili olgumuzun kayıtlarından (sağlık karnesi) indirekt inguinal herni tanısı ile Bassini takviyesi uygulandığı anlaşıldı. Fıtığın natürü farklı olduğundan rekürrens olarak değerlendirilmedi (7).

Herniografinin kontrendikasyonları, kontrast maddeye karşı alerji, peritonit varlığı, abdominal duvarda enfeksiyon, idrar retansiyonu, barsaklarda gaz distansiyonu, peritoneal yapışıklıklar, ventriküloperitoneal dren ve kanama diatezinin varlığıdır. Bunun dışında herniografi, uygulaması kolay ve güvenli bir yöntemdir (1,4). Ancak, karşı tarafta büyük bir herni varlığında teknik zorlukla karşılaşılabileceği rapor edilmiştir. Verilen kontrast madde burada toplanacağından, diğer potansiyel hernilerin gösterilmesinin mümkün olmayacağı bildirilmiştir. Bu olgularda, ilave kontrast madde kullanımı veya bu herni içinde kontrast maddenin dışardan bası ile boşaltılması yararlı olabilir (7). Biz çalışmamızda,

böyle bir problemle karşılaşmadık. Tüm olgularda herniografi başarı ile tamamlandı.

Herniografi, ilave ekipmana ihtiyaç duyulmadan pek çok radyoloji ünitesinde uygulanabilecek ve pahalı olmayan bir yöntemdir (8). Hastaların hastanede yatmasına gerek yoktur (6). Bizim çalışmamızda işlem, mevcut radyoloji ünitesinde, bir cerrahi uzmanı tarafından ve olguların hepsinde ayaktan uygulandı.

Herniografinin komplikasyonları çok azdır ve ciddi değildir (1,4,7,14,16). Herniografiye bağlı bildirilmiş olan komplikasyonlar, ince barsak, kolon, kan damarları ve diğer retroperitoneal organların ponksiyonu, rektus kasında hematoma, karın duvarı içine kontrast madde enjeksiyonu ve karın duvarında enflemasyondur. Bu komplikasyonların gözlenme oranı değişik serilerde %0-5.8 olarak rapor edilmiştir (1,6,16). Bizim serimizde hiçbir olguda komplikasyon gözlemedik. Hastaya, ponksiyon sırasında karınını şişirmesinin söylenmesi, subumbilikal orta hattın skopi altında girilmesi ve kontrast madde verilmeden negatif basınç yapılarak damara veya bir organa girilip girilmediğinin kontrolü, komplikasyonları azaltabilir.

Herniografi, fıtık tanısı için sensitif bir yöntemdir. Literatürde yanlış pozitif oranı çok düşüktür. Bu oran %0-1.8 arasında bildirilmiştir (1,4,15,17). Yılmazlar ve arkadaşları hiçbir klinik bulgusu olmayan 60 olguda tesbit ettikleri 51 vakadan yalnızca bir olguda (%1.8) yanlış pozitiflik rapor etmişlerdir (4). Bizim serimizde herniografide fıtık tesbit edilen 12 olgudan 10'u operasyonu kabul etti. Operasyon bulguları, herniografi bulguları ile uyumlu idi. Yanlış pozitiflik oranımız yüzde sıfır olarak tesbit edildi.

Çalışmamızda ortalama takip süresi 7.6 aydır (1-13 ay). 34 olgunun 29'u kontrol çağrımıza icabet etti. Bunların hiçbirinde fizik muayenede fıtık tesbit edilmedi. Literatürde bildirilen yanlış negatif oranı %0-2'dir (1,3,8,10,15). Yanlış negatifliğin sebebi, fıtık kesesinin kontrast madde ile dolmasını önleyen dolu mesane ve fıtık kesesinin omentum veya barsakla tıkanmış olmasıdır (1).

Herniografi, sebebi bilinmeyen kasık ağrılarında, hastanın gereksiz yere cerrahi eksplozasyona gitmesini önleyen, fizik muayenenin zor olduğu şişmanlarda ve inguinal bölge operasyonu geçirmiş hastalarda tanı koydurucu, fizik muayenede tesbit edilemeyen okült kasık fıtıklarının tanısında güvenilir, ilave ekipman gerektirmeyen ve komplikasyonu önemsenme-

yecek kadar az olan bir tanı metodudur. Ayrıca herniografi, multipl hernileri ortaya çıkararak, hastanın ikinci kez operasyona maruz kalmasını önleyebilir.

#### KAYNAKLAR

1. van den Berg JC, Strijk SP: Groin Hernia: Role of Herniography. *Radiology* 1992;184:191-194.
2. Hamlin JA, Kahn AM: Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *Western Journal of Medicine* 1995;162(1):28-31.
3. Harrison LA, Keesling CA, Martin NL, Lee KR, Wetzel LH: Abdominal wall hernias: Review of herniography and correlation with cross-sectional imaging. *Radiographics* 1995;15(2):315-32.
4. Yılmazlar T, Kızıl A, Zorluoğlu A, Özgüç H: The value of herniography in football players with obscure groin pain. *Acta Chirurgica Belgica* 1996;96(3):115-8.
5. Ekberg O, Abrahamson PA, Kesek P: Inguinal hernia in urological patients: The value of herniography. *Journal of Urology* 1994;81:1529-30.
6. Eames NWA, Deans GT, Lawson JT, Irwin ST: Herniography for occult hernia and groin pain. *British Journal of Surgery* 1994;81:1529-30.
7. Ekberg O, Lassen A, Kesek P, van Western D: Ipsilateral groin hernias. *Surgery* 1994;115:557-62.
8. Macartur DC, Grieve DC, Thompson AM, Greih JD, Nixon SJ: Herniography for groin pain of uncertain origin. *British Journal of Surgery* 1997;84:684-85.
9. Malycha P, Lovell G: Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: The "sportman's hernia". *Aust N Z J Surg* 1992;62:123-125.
10. Hall C, Hall PN, Wingate JP, Neotolemos JP: Evaluation of herniography in the diagnosis of an occult abdominal wall hernia in symptomatic adults. *British Journal of Surgery* 1990; 77:902-6.
11. Hayashi N, Suwa T, Kimura F, Okuno A, Ishizuka M, Kakizaki S, Kawakami H: Radiographic diagnosis and surgical repair of a sciatic hernia: Report a case. *Surgery Today* 1995;25:1066-8.
12. Tepetes KN, Tzoracoleftherakis EE, Petsas TG: Herniography with methylene blue for the detection of recurrent inguinal hernia. 1994;160:283-5.
13. Cohen RH, Turkenburg JL, van Dalen A: Herniography in 79 patients with unexplained pain in the groin: A retrospective study. *European Journal of Radiology* 1990;11(3):184-7.
14. Estes NC, Childs EW, Cox G, Thomas JH: Role of herniography in the diagnosis of occult hernias. *American Journal of Surgery* 1991;162(6):608-10.
15. Harrison CB, Kaplan GW, Scherz HC, Packer MG: Diagnostic pneumoperitoneum for the detection of the clinically occult contralateral hernia in children. *Journal of Urology* 1990;144(2Pt2):510-3.
16. Ekberg O: Complications after herniography in adults. *AJR* 1983;140:491-5.
17. Kahn AM, Hamlin JA: Herniography following indirect hernioplasty using the Marlex "mesh plug" technique. *American Surgeon* 1995;61(11):947-8.

#### YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Ali UZUNKÖY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Genel Cerrahi Kliniği  
ŞANLIURFA