

Obturator fıtık tanısı

Diagnosis of obturator hernia

Burhan Mayir*, Taner Çolak*, Mehmet Ögüs*

Obturator fıtık nadir görülen bir fıtık tipidir. Tanısının zor olması ve mortalitesinin yüksek olması sebebi ile mekanik intestinal obstrüksiyonun nadir ama önemli nedenlerinden biridir. Tüm karın duvarı fıtıkların %0,07-0,4 ve tüm mekanik intestinal obstrüksiyonların %0,4-%1,6 sebebidir (1). Geciken tanı, ameliyat ve sıklıkla ileri yaş, ek sistemik hastalıklar nedeniyle morbidite ve mortalitesi yüksektir. Bu çalışmada obturator fıtık tanısı alan dört hastayı sunarak ameliyat öncesi tanı zorluklarını tartışmayı amaçladık.

Olgu 1

83 yaşında erkek hasta iki haftadır süren kolik tarzı karın ağrısı, bulantı, kusma ve konstipasyon yakınmalarıyla başvurdu. Hikayesinde son 3 yılda 40 kg zayıfladığı, bir yıldır da yemek sonrası karın ağrısı olduğu için yemek korkusu olduğu öğrenildi. Hasta ileri derece zayıf görünümdeydi. Fizik muayenesinde abdominal distansiyon ve yaygın abdominal hassasiyet saptandı. Direkt karın filminde az sayıda ince bağırsağa ait hava sıvı seviyeleri vardı. Ultrasonografide genişlemiş içi sıvı dolu bağırsaklar dışında patoloji saptanmadı. Laboratuvar bulgularında patolojik olarak Kreatinin: 1,27mg/dl, Amilaz: 205 U/ml, pO₂ 47 mmHg, pH: 7,54 SaO₂: %87,4 saptandı. Hastaya ameliyat öncesi tanı konulamadı ve ameliyat başvurudan iki gün sonra yapıldı. Ameliyatta ileum ansının Richter tipi sağ obturator fıtık içinde strangüle ve nekroz olduğu gözlemlendi. Barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulandı. Fıtık polipropilen dikişler ile onarıldı. Hasta ameliyat sonrası ikinci gün akut solunum yetmezliği tablosu ile kaybedildi.

Olgu 2

76 yaşında bayan hasta 2 gündür devam eden sol uyluk iç yüzüne yayılım gösteren sol alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma ile acil kliniğimize başvurdu. Hasta ileri derece zayıf görünümdeydi. Fizik muayenesinde barsak seslerinin artmış olduğu, distansiyon ve sol alt kadranda belirgin olmak üzere tüm batında hassasiyet saptandı. Howship-Romberg bulgusu pozitif. Rektal muayenede patolojiye rastlanılmadı. Ayakta direkt karın filminde ince bağırsağa ait hava sıvı seviyeleri gözlemlendi. Beyaz küre: 13400/mL idi. Ultrasonografide sol inguinal bölgeden uyluk iç kısmına uzanan 6x4 cm fıtık saptandı. Olgu mekanik intestinal obstrüksiyona neden olmuş obturator fıtık tanısıyla operasyona alındı. Orta hat kesisi ile yapılan la-

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ANTALYA

Dr. Burhan MAYİR
Zafer Mah. Büyükkada Sitesi A12 Blok No: 5 / Antalya
e-posta: burmay@yahoo.com

parotomide bir ileum ansının Richter fitik tipinde sol obturator kanal içine fitikleştiği gözlemlendi. Fitikleşen barsak ansı serbestleştirildi. Strangülasyon saptanan yaklaşık 10 cm.lik barsağa rezeksiyon ve anastomoz uygulandı. Defekt polipropilen greft ile onarıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan olguya 2. gün oral gıda başlandı. Hasta postoperatif 4.gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Olgu 3

44 yaşında bayan hasta dispareneu, sağ uyluk ağrısı ve sağ labiumda şişlik şikayeti ile kadın hastalıkları bölümünden konsültasyon ile başvurdu. Fizik muayenede labium majusta şişlik saptandı. Howship-Romberg bulgusu pozitif. Olguya obturator fitik tanısı konuldu. Tanıyı doğrulamak için herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanılmadı. Operasyonda suprapubik transvers kesi ile preperitoneal yaklaşım uygulanarak fitik bulundu. Defekt polipropilen mesh greft ile onarıldı. Olgu sorunsuz bir şekilde postoperatif 1. gün taburcu edildi.

Olgu 4

20 yaşında bayan hasta çocukluk-tan beri olan sağ labium majusta şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede labium majusta şişlik saptandı. Klinik olarak obturator fitik düşünülen hastaya abdominal tomografi çekildi ve obturator fitik tanısı doğrulandı. Suprapubik transvers kesi ile preperitoneal yaklaşımla polipropilen mesh greft ile onarım uygulandı. Olgu sorunsuz bir şekilde postop 1. gün taburcu edildi.

Tartışma

Obturator fitik ilk kez 1724'te Ron-sil tarafından tanımlandı. İlk başarılı operasyon 1851'de Obre tarafından gerçekleştirildi. Obturator kanal içinden obturator sinir ve damarlar geçer. Normal şartlarda bu kanal ekstraperi-

toneal yağ dokusu ile korunmaktadır. İleri yaş ve kilo kaybı ile beraber bu yağ dokuda azalma burada bir defekte yol açabilir. Kadınlarda erkeklere göre 6 kat daha sık görülür. Kronik konstipasyon, KOAH, kifoskolyoz, asit gibi intraabdominal basıncı arttıran faktörler, düşük vücut ağırlığı, kilo kaybı ve çok doğum fitik gelişimini arttırmaktadır (1,2). Sıklıkla sağ taraf tutulur. %6 oranında bilateral tutulum olur. Bu sebeple bazı yazarlar operasyon sırasında diğer tarafında kontrol edilmesini önermektedir (3). Fitik kesesinde sıklıkla ileum ve jejunum bulursa da nadiren kolon, apendiks, omentum, Meckel divertikülü, mesane, over ve fallop tüpleri bulunabilir.

Olguların %80'inde karın ağrısı, bulantı, kusma gibi intestinal obstrüksiyon bulguları vardır. Howship-Romberg bulgusu %12,5-65 olguda pozitifdir. Obturator sinire bası oluşmasına bağlı olarak uyluğun iç yüzünde ağrı oluşmasıyla karakterizedir. Nadiren inguinal bölgede ya da rektal tuşe sırasında kitle palpe edilebilir. Hastalarımızın ikisi intestinal obstrüksiyon ile başvurdu. Bu hastalardan birine ameliyat öncesi obturator fitik tanısı Howship-Romberg bulgusu ve yapılan ultrasonografide fitiğin gözlenmesi ile konuldu. Diğer hastaya ise ameliyat öncesi tanı koyulamadı ve bu tedavinin iki gün gecikmesi ve intestinal strangülasyon ve nekroza neden oldu. Bu hasta ameliyat sonrası devrede kaybedildi. Diğer iki olgu ise fizik muayenede gözlenebilecek kadar büyük labium majusta kitle ile başvurdular. Bu hastalardan birinde tomografi ile tanı doğrulandı.

Preoperatif tanı hastaların ancak %25-33'ünde konulabilmektedir (4). Bu oran ultrasonografi ve tomografi kullanımıyla %100'e kadar çıkabilmektedir. Ayakta direkt karın filminde ince bağırsağa ait hava sıvı seviyeleri görülebilir. MRI, baryumlu incelemeler, herniografi, tanısız laparoskop

tanıda yardımcı diğer yöntemlerdir. Yokoyoma ve ark.'nın yaptığı çalışmada obturator fitikli 18 hastanın 14'üne tomografi kullanımı ile ameliyat öncesi tanı konulabilmiştir (5). Nakayama ve ark.'nın çalışmalarında tomografi ile incelenen 8 hastanın tümünde tanı konulabilmiştir (3).

Obturator fitik tedavisi cerrahidir. Mümkün olduğunca erken dönemde cerrahi yapılmalıdır. Tedavide gecikme bizim de bir olgumuzda olduğu gibi strangülasyon ve morbidite riskini arttırmaktadır. İntraabdominal, retropubik, preperitoneal veya laparoskopik yaklaşımlarla operasyon gerçekleştirilebilir. Tanının her zaman kesin olmadığı barsak obstrüksiyonuyla başvuran olgularda daha iyi görüş alanı sağlanması ve barsak rezeksiyonuna olanak tanınması gibi sebeplerle sıklıkla intraabdominal yaklaşım tercih edilir (6). Fitik redükte edilerek defektin onarılması gerekmektedir. Defekt primer olarak ya da greftlerle onarılabilir. Bir hastamızda polipropilen dikiş ile onarım diğer üç hastamızda ise polipropilen greftle onarım uyguladık. Hastalarda ince bağırsak rezeksiyonu 1/3 oranında gerekmektedir. Operasyona alınma süresinde uzama bu oranı arttırmaktadır (3). Günümüzde laparoskopik yaklaşım giderek artmaktadır. Laparoskopik yaklaşım ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (7).

Özet olarak obturator fitik sıklıkla yaşlı zayıf hastalarda görülen tanı ve tedavide gecikme sebebiyle yüksek mortalite oranına sahip bir hastalıktır. Mekanik intestinal obstrüksiyon semptomlarıyla başvuran ileri yaştaki, kilo kaybı hikayesi olan, zayıf, çok doğum yapmış kadın hastalarda veya uyluk iç kısmında şişlik, ağrı olan hastalarda akla getirilmelidir. Obturator fitiğin akla gelmesi, Howship-Romberg bulgusunun aranması ve US ve CT gibi görüntüleme yöntemlerinin uygulanması tanı oranını arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Schmidt PH, Bull WJ, Jeffery KM, Martindale RG. Typical versus atypical presentation of obturator hernia. *Am Surg.* 2001; 67:191-195
2. Green BT. Strangulated obturator hernia: still deadly. *South Med J.* 2001; 94:81-83
3. Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, Furuta Y. Diagnosis and treatment of obturator hernia. *Keio J Med.* 2002; 51:129-132
4. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery.* 1996; 119:133-136
5. Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, Kamijima T, Kitamura H, Kawasaki S. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg.* 1997; 174: 76-78
6. Lobo DN, Clarke DJ, Barlow AP. Obturator hernia: a new technique for repair. *J R Coll Surg Edinb.* 1998; 43: 33-34

Summary: **Diagnosis of obturator hernia**

Obturator hernia is relatively rare and has a diagnostic challenge. In this report we present four patients and discuss diagnostic strategy for obturator hernia. Two patients presented with intestinal obstruction and other two patients present with swelling at labium majus. Howship-Romberg sign was present in three patients. Preoperative diagnosis was made in three patients. The diagnosis confirmed with abdominal tomography and ultrasonography in two patients. Two patients which presented with intestinal obstruction operated by abdominal approach, other two patients operated by preperitoneal approach with suprapubic transvers incision. One patient who presented with small bowel obstruction died in postoperative period. We conclude that, if the elderly thin patient who has small bowel obstruction or the woman who has labial swelling or the patient who has Howship-Romberg sign we recommend performing abdominal and pelvic tomography and ultrasonography, for early detection of obturator hernia.

Key Words: Obturator hernia, Intestinal obstruction

7. Haith LR Jr, Simeone MR, Reilly KJ, Patton ML, Moss BE, Shotwell BA. Obturator hernia: laparoscopic diagnosis and repair. *JLS.* 1998; 2:191-193.