

Üst seviyeli intestinal obstrüksiyona neden olan nadir bir internal herniasyon olgusu: Sol paraduodenal fıtık

A rare case that caused high-level intestinal obstruction: left paraduodenal hernia

Muharrem Öztaş, Mehmet Fatih Can, Erkan Öztürk, Gökhan Yağcı

Nadir görülen bir internal herniasyon türü olan sol paraduodenal fıtık olgusunun, klinik bulguları ve cerrahi tedavisini literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Barsak tıkanması bulgularıyla gelen 42 yaşında erkek hastanın tanı ve tedavi süreci retrospektif olarak değerlendirilerek literatür eşliğinde sunuldu. Internal herniasyon tanısı ile ameliyat edilen hastanın kesin tanısı intraoperatif olarak konuldu. Eksplorasyonda ince barsakların tamamına yakın kısmının sol paraduodenal bölgeden posteriora doğru herniye olduğu görüldü. İnce barsak ansları intraperitoneal alana redükte edilerek herni kesesinin girişi primer olarak tamir edildi. Hasta postoperatif dördüncü gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Sol paraduodenal herni, tekrarlayan karın ağrısı ve intestinal obstrüksiyon bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir internal herniasyon türüdür. Gelişebilecek komplikasyonları önlemek için erken tanı önemli olup, cerrahi redüksiyon ve defektin primer tamiri uygun tedavi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelimeler: Paraduodenal fıtık, internal herni, intestinal obstrüksiyon

Aim is to assess left paraduodenal hernia, which is an unusual type of internal herniation, accompanying clinical findings and surgical treatment in the light of published knowledge. The diagnosis and treatment course of a 42-year-old male patient with findings of ileus was assessed and presented with a literature search. The patient underwent surgery with a preliminary diagnosis of intestinal obstruction and the definitive diagnosis was made intraoperatively. Nearly two-thirds of the small intestine was found to be herniated into the retroperitoneal space from the left paraduodenal region. Small bowel loops were pulled out of the hernia sac and anatomically positioned in the intraperitoneal area. The hernia sac was repaired primarily using stitches in continuous fashion. The patient was discharged on postoperative day four uneventfully. Left paraduodenal hernia should be considered a part of differential diagnosis in patients who have recurring abdominal pain accompanied by symptoms suggestive of intestinal obstruction. Timely diagnosis is important to prevent complications. Reduction of hernia content followed by primary repair of the defect appears to be safe and to provide definitive treatment.

Key Words: Paraduodenal hernia, internal hernia, intestinal obstruction

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

Bu olgu, 6-9 Haziran 2012'de
Avrupa Cerrahi Araştırma
Derneği'nin 47. Kongresinde
Poster bildiri olarak sunulmuştur.

*This case presented as poster
the 47th Annual Congress of ESSR
(European Society for Surgical
Research), 6-9 June 2012.*

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Muharrem Öztaş

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
Tel.: +90 486 218 10 00
e-posta:
mmoztas@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 19.05.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 12.11.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 09.07.2013

©Telif Hakkı 2013 Ulusal
Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish
Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

GİRİŞ

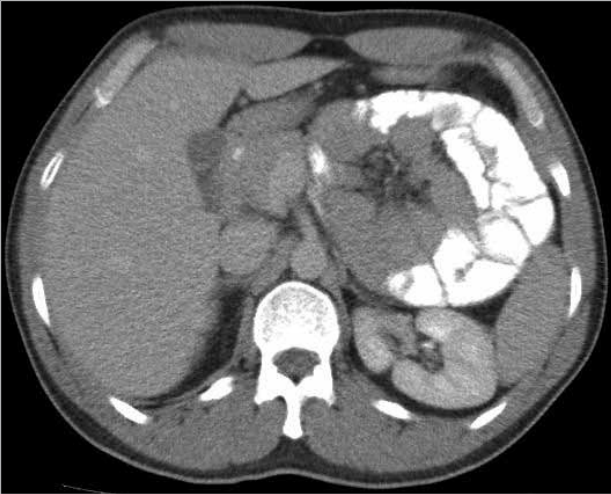
İnternal herniasyon abdominal kavitedeki mezenterik defektten ince barsakların herniasyonu olarak tanımlanır (1). İnternal herniasyon nadir bir akut karın nedeni olup zamanında tanı konulup tedavi edilmezse intestinal obstrüksiyona ve iskemiye neden olabilir (2, 3). İnternal herniasyon intestinal obstrüksiyon olgularının %0,6-5,8'ini oluşturur (4-6). Paraduodenal herniler internal hernilerin yaklaşık %50'sinin nedeni olup tüm ince barsak obstrüksiyonlarının yaklaşık %1'inden sorumludur (2, 3, 5-9). Transmezenterik herni, foramen Winslow hernisi, paraçekal herniler ve transomenta herniler konjenital internal hernilerin diğer türleridir (6). Sol paraduodenal herni, sağa göre 3 kat daha fazla izlenir (3, 5-7, 9, 10). En sık 4. ve 6. dekatlar arasında görülür (3, 5). Erkeklerde kadınlara oranla üç kat daha sık görülür (3, 5, 6, 9). Hayat boyu olguların yaklaşık yarısında intestinal obstrüksiyon veya strangülasyon riski mevcutken, diğer yarısı sessiz bir seyir izleyebilir (5). Burada sol paraduodenal herni nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastadan edindiğimiz tecrübeyi paylaştık.

OLGU SUNUMU

Karın ağrısı ve bulantı-kusma yakınması ile acil servise müracaat eden 42 yaşında erkek hasta ilk değerlendirmesini takiben barsak tıkanması ön tanısı ile kliniğe yatırıldı. Özgeçmişinde appendektomi dışında özellik gösteren bulgu yoktu. Ancak hasta benzer yakınmaların çocukluğundan beri dönem dönem olduğunu ve kendiliğinden geçtiğini, bu nedenden dolayı hiç hastaneye yatırılmadığını ifade ediyordu. Hastanın gelişinde Kan basıncı: 125/80 mm-Hg, nabız: 74/dk, ateş: 36,7 derece olarak ölçüldü. Fizik muayenede karında özellikle sol kadranda belirgin olan orta derecede asimetrik distansiyon mevcuttu. Tüm kadranda palpasyonla hassasiyet mevcutken rebound ve defans yoktu. Hastaya nazogastrik sonda takılarak dekompresyon ve intravenöz yoldan mayi replasmanı planlandı. Lökosit: 11700 ve diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Ayakta direkt karın grafisinde karın sol üst kadranda lokalize birkaç adet hava-sıvı seviyesi olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Bilgisayarlı karın tomografisinde de aynı lokalizasyonda kümelenmiş barsak ansları izlendi (Şekil 2).



Şekil 1. Ayakta direkt karın grafisinde karın sol üst kadranda izlenen hava-sıvı seviyeleri

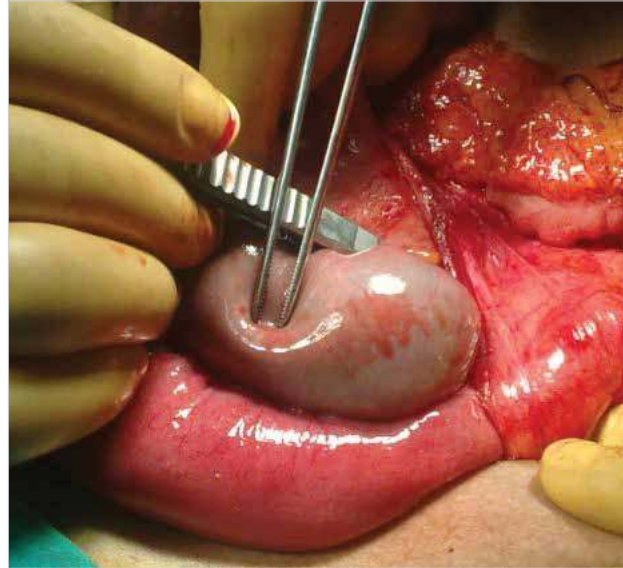


Şekil 2. Bilgisayarlı karın tomografisinde karın sol üst kadranda kümelenmiş barsak ansları

Yaklaşık 12 saat takip edilen hastada distansiyonun artması ve karın irritasyon bulgularının gelişmesi nedeniyle eksplorasyon kararı verildi. Göbek altından yapılan 1 cm'lik insizyonla laparoskopik eksplorasyon sağlandı. Eksplorasyonda distal ileum ansı dışında kalan ince barsak ansları (jejunum ve proksimal ileum) izlenemedi. Sigmoid kolon kollabe idi. Transvers kolon ve omentum epigastrik bölgeye doğru, sol kolon ve sigmoid kolon mezenteri karın ön duvarına doğru itilmişti. İleum ansı proksimalinden tutularak çekildi ancak mobilize edilemeyince laparotomiye karar verildi. Laparotomide terminal ileum dışında kalan tüm ince barsak anslarının sol paraduodenal bölgedeki açıklıktan posteriora doğru herniye olduğu ve mezenterinin kısmen torsiyone olduğu gözlemlendi (Şekil 3). Elle traksiyon uygulanarak ince barsak ansları redukte edildi. İnce barsakların beslenmesi yer yer bozulmuştu ancak detorsiyon ve sıcak uygulamasını takiben ince barsakların renginin normale döndüğü izlendi (Şekil 4). 3-0 multiflaman, emilebilir sütürlerle defekt primer tamir edilerek operasyon sonlandırıldı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz seyretti ve postoperatif 4. günde taburcu edildi. Yaklaşık 1 yıllık takip sürecinde herhangi bir yakınması olmadı.



Şekil 3. Laparotomide sol paraduodenal bölgedeki defekt



Şekil 4. Defekt ve beslenmesi kısmen bozulmuş barsak anslarının görünümü (sıcak uygulamasından önce)

TARTIŞMA

Paraduodenal hernilerin oluşumuyla ilgili en çok kabul gören teori, 1923'de Andrews tarafından tanımlanan, embriyolojik gelişimin 5. ve 11. haftaları arasında gerçekleşen midgut rotasyon bozukluğuna bağlı olarak barsakların mezenter ile posterior abdominal duvar arasına girmesinden, yani konjenital olarak peritoneal anomalilerden veya intestinal rotasyon anomalilerinden kaynaklandığıdır (2-7, 9, 10). Mezenter ile posterior parietal peritonun füzyon defekti potansiyel herni orifisini oluşturur (2, 4). Sol paraduodenal hernide jejunal anslar Treitz ligamentinin solundaki bu açıklıktan geçerek herniye olurlar (4). Bu sol paraduodenal fossa ilk kez 1871'de Landzert tarafından tarif edilmiş olup, duodenum dördüncü kıtasının lateralinde, inferior mezenterik ven ve sol kolik arterin posteriorundadır (6, 10, 11). Treitz paraduodenal herni oluşumu için üç faktörün gerekli olduğunu bildirmiştir (11). Bunlar, paraduodenal fossa, ön sınırını inferior mezenteik venin oluşturduğu kese boynu ve bu fossaya girmek için yeterli mobilizasyon kapasitesine sahip olan ince barsaklar. İntraabdominal basıncın artması ise herniasyonun başlamasına neden olmaktadır (11). Herni içeriği ince barsak anslarından olu-

şur. Kolon ve omental doku içermez. Herni kesesi birkaç santimetre uzunluğunda bir ince barsak ansını içerebileceği gibi, tüm ince barsakları da içerebilir (10). Bizim hastamızda da benzer olarak herni içeriği sadece ince barsak anslarını içermektedir. Barsak anslarının distal ileum dışında kalan kısmı herni kesesi içerisindeydi. Klinik olarak hastaların çoğunda, sıklıkla parsiyel veya komplet intestinal obstrüksiyon atakları gözlenir (12, 13). Bazen asemptomatik olup, başka nedenlerle yapılan görüntüleme tetkiklerinde, laparotomi sırasında tesadüfen veya otopsi serilerinde tespit edilebilir (2, 6, 9, 10). Klinik semptomlar, tekrarlayan kramp tarzında karın ağrıları ya da torsiyon sonucu barsak tıkanıklığına bağlı gelişen karın ağrısı, bulantı, kusma, distansiyon, gaz ve dışkı çıkaramama şeklindedir (3, 5). Tong ve ark. (9) 32 olguyu değerlendirdikleri yazılarında, hastaların %69'unda kronik semptomlar olduğunu ve hastaların %66 oranında akut obstrüksiyon veya strangülasyonla geldiklerini rapor etmişlerdir. Hastamızda da benzer bir klinik tablo mevcuttu. Çocukluğundan beri dönem dönem karın ağrıları tarif ediyordu. Patolojinin konjenital nedenlerden kaynaklanması, geçirilmiş cerrahi ile ilişkili olmaması ve nonspesifik fizik muayene bulguları nedeniyle tanısı oldukça güçtür (3, 4, 7). Fizik muayenede karında özellikle sol üst kadranda belirgin olan distansiyon tespit edilebilir (10). Bazen bu bölgede fizik muayene ile kitle imajı veren bir sertlik palpe edilebilir (10). Tanıda görüntüleme yöntemleri önemli rol oynar. Ayakta direkt karın grafisinde bir bölgede toplanmış barsak ansları ve yer değiştirmeyen hava sıvı seviyeleri izlenebilir (5, 6, 7, 9). Bilgisayarlı tomografide, mide, pankreas ve dalak arasında küme halinde toplanmış dilate ince barsak anslarının izlenmesi yüksek oranda tanı koydurucudur ve tipik olarak, herniye ansları besleyen vasküler yapıların kese içerisine doğru topluca uzanımı izlenebilir (2, 3, 5, 7, 9). Olgumuzda da literatürde belirtilen fizik muayene ve radyolojik bulgular aynen izlenmişti. Sol üst kadranda asimetrik distansiyon mevcutken, ayakta direkt karın grafisinde aynı bölgede izlenen hava sıvı seviyesi ve bilgisayarlı tomografide o bölgede kümelenmiş barsak ansları mevcuttu (Şekil 1, 2). Biyokimyasal parametreler herniye ince barsak ansında iskemi veya nekroz gelişip gelişmemesine göre değişiklik gösterebilir. Tesadüfen de olsa tanı konulmuş hastalar cerrahi olarak tedavi edilmelidir, çünkü bu hastaların %50'sinde bir dönemde intestinal obstrüksiyon gelişme ihtimali vardır (3, 5, 6, 14). Özellikle elektif olgular laparoskopik olarak da tedavi edilebilir (2, 15-17). Uematsu ve ark. (18) spontan redükte olan sol paraduodenal fıtık olgusunda elektif olarak Fink ve ark. (19) tesadüfen saptadıkları olguda, Fukunaga ve ark. (16) ise inkarsere olguda laparoskopik fıtık tamiri yaptıklarını bildirmişlerdir. Tanı gecikmesi ince barsak nekrozu ile sonuçlanabilecek akut bir tabloya neden olabilir. Bizim olgumuzda da ince barsak anslarının beslenmesi yer yer bozulmuş ancak nekroz gelişmemişti. Eksplozasyon kararında geç kalınmış olsaydı muhtemelen geniş bir ince barsak ansının rezeksiyonu kaçınılmaz olacaktı. Paraduodenal hernilerde gelişen komplikasyonlara bağlı olarak mortalite oranı yaklaşık %20'dir, ancak özellikle strangülasyon gelişmiş, tanı ve tedavide geç kalınan vakalarda %50'lere varan yüksek mortalite oranları bildirilmektedir (6, 9). Tedavide temel prensipler, herniye ince barsak anslarının redüksiyonu ve defektin primer onarılması esasına dayanır (2, 3, 5, 7, 9). Ameliyat sırasında, herni kesesinin serbest kenarında aşağıdan yukarıya doğru seyreden inferior mezenteik vene ve kese ön duvarında seyreden sol kolik arter dallarına dikkat etmek gerekir (3, 5, 9).

Ancak kese boynunun dar olduğu, barsak ansları arasında yapışıklıkların ve ileri derecede distansiyonun olduğu durumlarda inferior mezenterik damarların kesilebileceği veya inferior mezenterik venin solundan, avasküler plandan yapılacak kesi ile fıtık kesesi içerisine ulaşılabileceği de belirtilmektedir (3, 5, 9).

SONUÇ

Özellikle geçirilmiş karın cerrahisi olmayan ve tekrarlayan intestinal obstrüksiyon atakları tarif eden hastalarda gelişen mekanik barsak tıkanıklığında ayırıcı tanıda internal herniasyon da akla getirilmelidir. Zamanında tanı konması ve cerrahi tedavi uygulanması, gecikmiş olgularda gelişebilecek intestinal iskemi ve nekroz gibi morbidite ve bazen mortaliteyle sonuçlanabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - G.Y., E.Ö.; Verilerin elde edilmesi - M.F.C., M.Ö.; Verilerin analizi ve yorumlanması - G.Y., E.Ö.; Yazının kaleme alınması - M.Ö., M.F.C.

Teşekkür

Katkılarından dolayı Prof. Dr. Yusuf Peker ve Yrd. Doç. Dr. Ramazan Yıldız'a teşekkür ederiz.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions

Study concept and design - G.Y., E.Ö.; Acquisition of data - M.F.C., M.Ö.; Analysis and interpretation of data - G.Y., E.Ö.; Preparation of the manuscript - M.Ö., M.F.C.

Acknowledgements

The authors thank Dr. Yusuf Peker and Dr. Ramazan Yıldız for the contributions.

KAYNAKLAR

1. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. *Semin Ultrasound CT MR* 2002; 23: 174-183. [CrossRef]
2. Shoji T, Nishiyama R, Oba K, Azuma M. Successfully treated with laparoscopic surgery: a case report. *Case Rep Gastroenterol* 2007; 1: 71-76. [CrossRef]
3. Huang YM, Chou AS, Wu YK, Wu CC, Lee MC, Chen HT, et al. Left paraduodenal hernia presenting as recurrent small bowel obstruction. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 6557-6559.
4. Fernández-Rey CL, Martínez-Álvarez C, Concejo-Cutoli P. Acute abdomen secondary to left paraduodenal hernia: diagnostic by multislice computer tomography. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103: 38-39. [CrossRef]
5. Şen M, Inan A, Dener C, Bozer M. Paraduodenal internal herniler: iki olgu nedeniyle klinik analiz. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2007; 13: 232-236.

6. Manji R, Warnock GL. Left paraduodenal hernia: an unusual cause of small-bowel obstruction. Canadian Journal of Surgery 2001; 44: 455-457.
7. Acu R, Ökten S, Küçükay F, Tunç B, Kalkan İH, Ölçer T. Sol paraduodenal herni: Çok kesitli bilgisayarlı tomografi bulguları. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2010; 9 : 38-40.
8. Berardi RS, Iowa DM. Paraduodenal hernias. Surg Gynecol Obstet 1981; 152: 99-110.
9. Tong RSK, Sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. ANZ J Surg 2002; 72: 69-71. [\[CrossRef\]](#)
10. Murray HOL. Left paraduodenal hernia. Canad MAJ 1955; 72: 263-267.
11. Desjardins AU. Left paraduodenal hernia. Ann Surg 1918; 67: 195-201. [\[CrossRef\]](#)
12. Brigham RA, d'avis JC. Paraduodenal hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. Hernia. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1989.p.481-486.
13. Khan MA, Lo AY, Vande Meale DM. Paraduodenal herni. Am Surg 1998; 64: 1218-1222.
14. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. Am J Surg 1986; 152: 279-285. [\[CrossRef\]](#)
15. Osadchy A, Weisenberg N, Wiener Y, Shapiro-Feinberg M, Zissin R. Small bowel obstruction related to left-side paraduodenal hernia: CT findings. Abdom Imaging 2005; 30: 53-55. [\[CrossRef\]](#)
16. 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 2004; 14: 111-114. [\[CrossRef\]](#)
17. Antedomenico E, Singh NN, Zagorski SM, Dwyer K, Chung MH. Laparoscopic repair of a right paraduodenal hernia. Surg Endosc 2004; 18: 165-166. [\[CrossRef\]](#)
18. Uematsu T, Kitamura H, Iwase M, Yamashita K, Ogura H, Nakamuka T, et al. Laparoscopic repair of a paraduodenal hernia. Surg Endosc 1998; 12: 50-52. [\[CrossRef\]](#)
19. Finck CM, Barker S, Simon H, Marx W. A novel diagnosis of left paraduodenal hernia through laparoscopy. Surg Endosc 2000; 14: 87.