

Karın duvarında nekrotizan fasiite neden olmuş Amyand herni

Amyand's hernia that caused necrotizing fasciitis of the abdominal wall

Erol V Yoldaş T Kardaşlar B Çalışkan C

Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Amyand herni, nadir görölen bir klinik durum olup, apendiks vermiformisin fitik kesesi içinde bulunması olarak tanımlanır. Apendiks fitik kesesi içinde normal, inflame, perfore ya da inkarsere şekilde bulunabilir. Klinik olarak Amyand herni ve buna bağlı apendiks inflamasyonu strangüle ya da inkarsere herni ile karışabilmektedir. İnkarsere herni kliniği akut apandisit kliniğini maskeleydiğinden preoperatif tanı konulması güçtür. Fitik kesesi içinde inflame apendiks ancak fitik kesesi açılarak tespit edilebilir. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) etkin olarak kullanılan yöntemlerdir. Tedavi cerrahidir ve ingüinal kesi ile apendektomi ve herni tamiri en uygun yöntemdir. Bu olgu sunumunda inkarsere ingüinal herni tanısıyla opere edilen ve operasyonda karın duvarında nekrotizan fasiite neden olmuş Amyand herni tanısı alan olgunun sunulması amaçlandı.

Anahtar Sözcükler: İngüinal herni, perfore apandisit, Amyand herni, acil tedavi.

Summary

Amyand's hernia is a rare clinical condition and is defined as the presence of the appendix vermiformis in the hernia sac. The appendix found in the hernia sac might be normal, inflamed, perforated or incarcerated. Clinically, Amyand's hernia, and the inflammation of the appendix due to it, may be confused with a strangulated or incarcerated hernia. Because symptoms of the incarcerated hernia can mask the symptoms of acute appendicitis, preoperative diagnosis is somewhat difficult. An inflamed appendix in the hernia sac can be detected only by opening the hernia sac. Ultrasound and computed tomography are used efficiently in diagnosis. Treatment is surgical and the most appropriate method is appendectomy and hernia repair through an inguinal incision. In this case report, we aimed to present a patient who was operated on prediagnosed as a incarcerated inguinal hernia, and peroperatively diagnosed as having Amyand's hernia causing necrotizing fasciitis of the abdominal wall.

Key Words: Inguinal hernia, perforated appendicitis, Amyand's hernia, emergency treatment.

Giriş

Amyand herni nadir görölen bir klinik durum olup, fitik kesesi içinde apendiks vermiformisin bulunması durumudur. Claudius Amyand' ın Londra'da 11 yaşındaki bir erkek hastada fitik kesesi içinde perfore apendikse bağlı fekal fistül saptamasıyla, hastalık literatüre bu isimle geçmiştir (1). İngüinal herni kesesi içinde apendikse rastlanma oranı tüm herniler içinde %1 iken, fitik kesesi içinde akut apandisit hali olması tüm akut apandisit olguları içinde %0,13'tür (2). Apendiks fitik kesesi içinde normal, inflame, perfore yada inkarsere şekilde bulunabilir. Preoperatif dönemde inkarsere herni kliniği ile karışabildiğinden tanı koymak güçtür.

Bu olgu sunumunda inkarsere ingüinal herni tanısıyla opere edilen ve operasyonda karın duvarında nekrotizan fasiite neden olmuş Amyand herni tanısı alan olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Altmış yedi yaşında erkek hasta; 20 gündür karın ağrısı, ateş, karın cildinde şişlik ve genel durum bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilateral ingüinal herni dışında yandaş hastalığı olmayan hastanın, operasyon ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede ateş, taşikardi, karın cildinde sağda nekroz gözlemlendi (Şekil-1). Hastanın karın muayenesinde şişliğin olduğu yerde hassasiyet bulunmakta iken, diğer kadrarlarda palpasyonda karın hassasiyeti yoktu. Kan laboratuvar değerlerinde lökosit: 18.000 mm³, CRP: 23 mg/dl olarak bulundu. Diėer rutin kan değerlerinde patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral

Yazıřma Adresi: Erol VARLIK

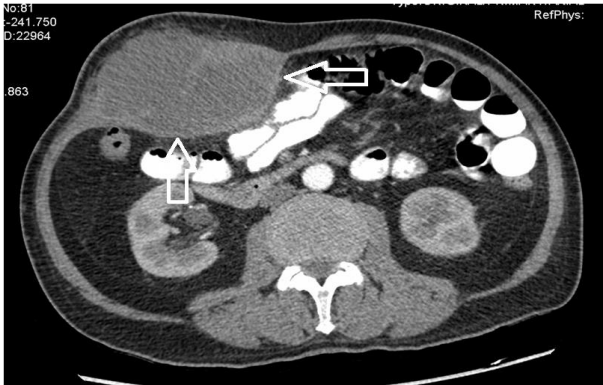
Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 12.05.2013 Kabul Tarihi: 19.05.2013

ingüinal herni kesesi, sağda karın duvarında 20X10 cm boyutlarında apse ile uyumlu sıvı kolleksiyonu izlendi (Şekil-2).



Şekil-1. Karın cildinde nekrotizan fasiit görünümü.



Şekil-2. Cilt altı apse poşunu gösteren BT görüntüsü (ok).

Perforasyon şüphesi olması ve tanının kesin olmaması nedeniyle hasta, karın orta hat göbek üstü ve göbek altı insizyonla eksplere edildi. Eksplorasyonda karın cildinde apse poşu, sağ karın duvarında nekrotizan fasiit, sağda ingüinal herni kesesi içinde çekum, terminal ileum ve apendiks in inkarsere olduğu tespit edildi. Redüksiyon sonrası apendiks in inflamasyona sekonder perfore olduğu ve buna bağlı olarak fıtık kesesinden cilt altına, kraniale doğru apseleşme ve nekrotizan fasiit olduğu gözlemlendi. Karın içi eksplorasyonda yalnızca reaksiyonel sıvı ve ödem bulunmakta idi. Hastaya apendektomi, apse drenajı ve debridman uygulandı. Perfore apandisit ve apse nedeniyle, herni tamiri için yama kullanılmadı ve hastanın indirekt ingüinal hernisi için, internal ingüinal halkadaki defekt prolen sütürler ile kapatılarak anatomik onarım uygulandı. Postopertaif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi ve hasta 7. gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Genel tanım olarak fıtık; karın içindeki bir organın ya da organ bölümünün, içinde bulunduğu boşluğun zayıflayan

bir kısmından dışarıya doğru peritonu da önüne katarak çıkmasıdır. En sık ingüinal bölgede görülmekle birlikte, fıtık defektine eşlik eden organa göre; Richter hernisi (bağırsak duvarının bir kenarının fıtık defekti içinde sıkışması), Littre hernisi (fıtık kesesi içinde Meckel divertikülü varlığı), Amyand herni (fıtık kesesi içinde apendiks vermiformis varlığı) gibi değişik klinik durumlarla karşımıza çıkabilirler. İngüinal herniler çoğunlukla erkeklerde ve indirekt herni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalar genellikle kasıkta şişlik, eforla büyüyen kitle, ağrı gibi şikayetlerle başvururlar. Fıtık içeriğinin sıkışması ve karına redükte edilememesi durumu inkarsereasyon olarak tanımlanmakta olup, ayırıcı tanıda akut apandisit, Meckel divertiküliti, intestinal tıkanıklıklar ve retroperitoneal inflamasyonlar akılda tutulmalıdır.

Amyand herni, fıtık kesesi içinde apendiks vermiformisin varlığı ile karakterize olup genellikle operasyon sırasında tanı alan klinik bir durumdur. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Genellikle sağ ingüinal bölgede meydana gelmekle birlikte nadiren sol tarafta da görülebilir (3). Genellikle komplike olmayıp, %0,13 oranında akut apandisit gelişebilir (2). Patofizyolojisi net olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, intraabdominal basıncın artması ve kronik fıtıklarda oluşan yapışıklıklar, apendiks mezosunu sıkıştırarak apendiks in kanlanmasını bozar ve bunun sonucunda inflamasyona ve bakteriyel kolonizasyon artışına neden olarak apandisit gelişimine yol açabilir (4).

Klinik olarak Amyand herni ve buna bağlı apendiks inflamasyonu, strangüle ya da inkarsere herni ile karışabilmektedir. İnkarsere herni kliniği akut apandisit kliniğini maskeleydiğinden preoperatif tanı konulması güçtür. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi etkin olarak kullanılan yöntemlerdir. İnkarsere ingüinal herni dışında başka bir patolojiden şüphelenilmiyor ise BT rutin olarak kullanılmadığından, fıtık kesesi içinde inflame apendiks ancak fıtık kesesi açılarak tespit edilebilir. Tanıda gecikme hayatı tehdit edici septik komplikasyonlara sebep olabilir. Tedavi cerrahi olmakla birlikte, uygulanacak cerrahi yöntem tartışmalıdır. Losanoff ve Basson Amyand herni ve tedavisi konusunda bir sınıflama tanımladı (Tablo-1) (5).

Fıtık kesesi içerisinde inflame olmamış apendiks saptandığında, çocukluk ve adölesan dönemde apandisit riskinin nispeten yüksek oluşu nedeniyle apendektomi önerilmektedir. Böylelikle ileride apandisite bağlı gelişebilecek mortalite ve morbidite riskinin önlenmiş olacağı savunulmaktadır (5). Komplike olmayan vakalarda ingüinal kesi ile apendektomi ve herni tamiri en uygun yöntemdir. Yaşlı hastalarda operasyon süresinin uzaması, yandaş hastalıkların bulunması ve akut apandisit insidansının daha düşük olmasından dolayı apendektomi önerilmemektedir (6).

Tablo-1. Amyand herni sınıflaması ve tedavi yönetimi.

Sınıflama	Tanım	Cerrahi tedavi
Tip 1	İngüinal herni içinde normal apandiks	Herni redüksiyonu, yama ile onarım, genç hastalarda apendektomi
Tip 2	İngüinal herni içinde akut apandisit, abdominal sepsis yok	İngüinal insizyon ile apendektomi, yamasız herni onarımı
Tip 3	İngüinal herni içinde akut apandisit, abdominal duvar veya peritoneal sepsis	Laparotomi, apendektomi, yamasız primer herni onarımı
Tip 4	İngüinal herni içinde akut apandisit, abdominal patolojiyle ilişkili veya ilişkisiz	Tip 1-2-3 gibi yönetilir, ikinci patoloji araştırılır ve uygun şekilde tedavi edilir

Apendektomi sonrası herni onarımı için yama kullanımına peroperatif karar verilir. Apendektomi yama kullanımı için kontrendikasyon oluşturmaz. Perfore olmayan ve yara yerinin temiz olduğu olgularda uygun antibiyotik desteği ile yama kullanılabilir (7). Komplike vakalarda ise (perfore veya yara yerinin temiz olmadığı vakalar) apendektomi sonrası %50 oranında yara yeri enfeksiyonu gelişebileceğinden (8), herni onarımı için yama kullanımı önerilmez (5). Bu olguda olduğu gibi perforasyon varlığında ve tanının şüpheli olduğu durumlarda direk laparotomi tercih edilebilir. Perfore apandisit ve apse varlığında; apendektomi, apse drenajı uygulanmalı, uygun antibiyoterapinin verilebilmesi için apsedan örnek alınmalı ve yamasız herni tamiri yapılmalıdır. Operasyon sonrası özellikle komplike olgularda uygun antibiyoterapi (yara yeri sürüntü örneklerindeki bakteri kolonizasyonuna göre) ve yeterli hospitalizasyon, gelişebilecek komplikasyonları önlemek açısından önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med 1993;86(2):104-5.
2. House MG, Goldin SB, Chen H. Perforated Amyand's hernia. South Med J 2001;94(5):496-8.
3. Meinke AK. Review article: Appendicitis in groin hernias. J Gastrointest Surg 2007; 11(10):1368-72.
4. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: A report of two cases. Hernia 2003;7(1):50-1.
5. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: A classification to improve management. Hernia 2008;12(3):325-6.
6. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: A report of 10 cases. Surgery 1967;61(2):236-8.
7. Yabanoğlu H. Kasık fıtıklarında Amyand fitik sıklığının değerlendirilmesi: Üç olgu sunumu. Ulusal Cerrahi Dergisi 2012;28(4):216-8.
8. Thomas WEG, Vowles KDJ, Williamson RCN. Appendicitis in external herniae. Ann R Coll Surg Engl 1982;64(2):121-2.